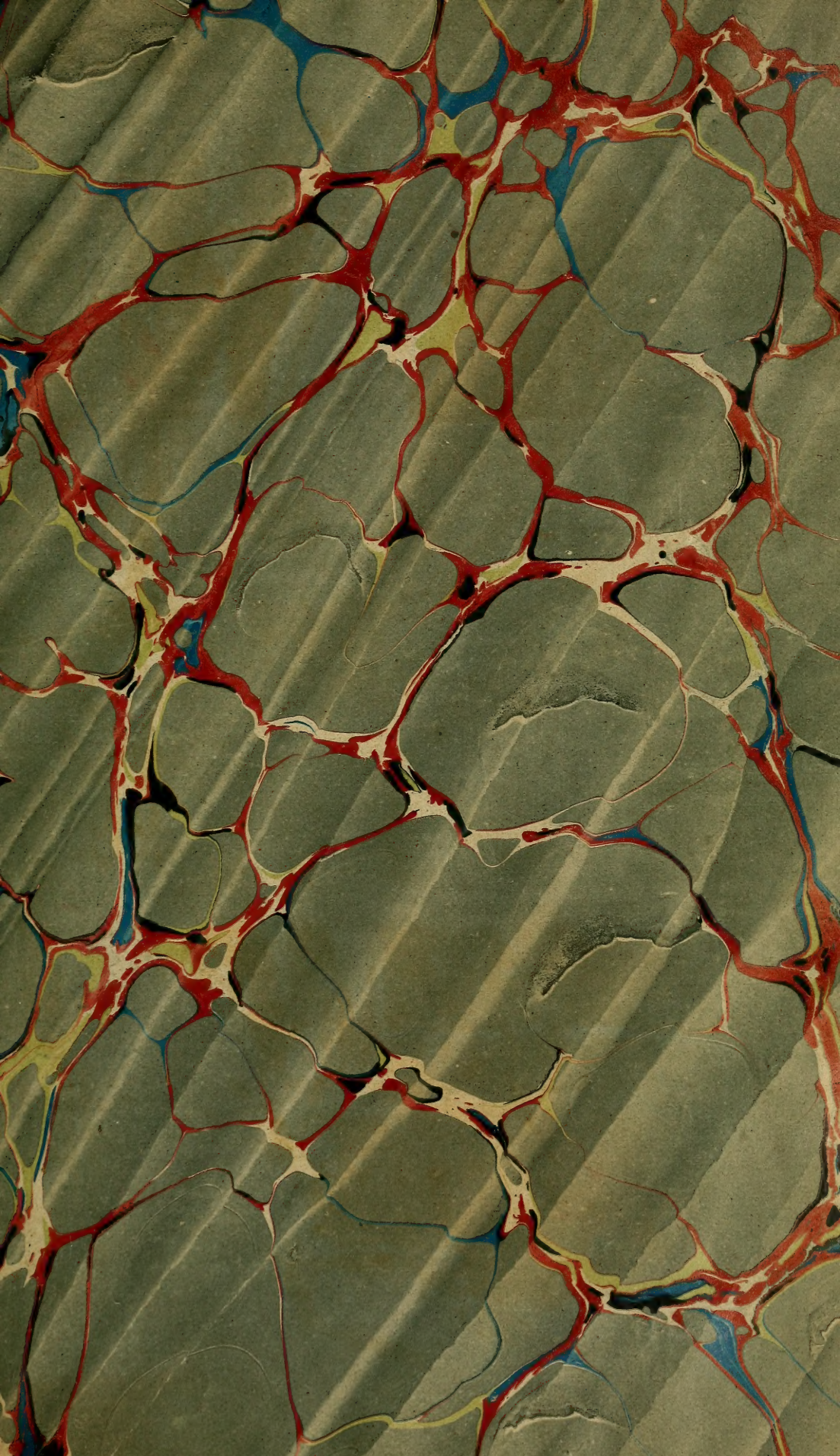
PROPERTY OF THE

*7803.3
Vol. 2.

Public Library of the City of Boston

BOSTONIA
CONDITA AD
1630.

Added Nov. 7, 1870. No. 9019.



6. J. 198

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

II

PRINCIPAUX TRAVAUX DU Dr P. JOUSSET

De la Trachéotomie dans le traitement du croup (*Arch. gén. de méd.*, août 1844).

Des Formes de la folie (*Arch. gén. de méd.*, 1845).

Du Cancer (thèse inaugurale, Paris, 1846).

Les Phénomènes locaux de l'inflammation (thèse de concours de l'agrégation, Paris, 1847).

Réponse aux Lettres de M. Manec sur l'homœopathie (*Art médical*, 1856, et tirage à part).

Histoire de l'inflammation de la pie-mère et de la substance corticale du cerveau, considérée comme lésion du délire fébrile (*Art médical*, 1856).

Des Effets produits chez l'homme et chez les animaux par le sulfure de carbone (*Art médical*, 1856).

Des Injections iodées ; de leur mode d'action et de leurs indications ; mémoire couronné par les Sociétés médicales de Gand et de Bordeaux (*Art médical* 1857, et tirage à part).

Des Inhalations de chloroforme dans le traitement de l'éclampsie (*Art médical*, 1857).

Du Suicide et de la Monomanie suicide ; étude sur l'extravagance naturelle et l'extravagance morbide (*Art médical*, 1858, et tirage à part).

Des Indications et des contre-indications de la trachéotomie dans le traitement du croup (*Art médical*, 1859).

Du meilleur Mode d'administration du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes (*Art médical*, 1861).

Congestion cérébrale apoplectiforme (*Art médical*, 1861, et tirage à part).

Des Indications du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde (*Art médical*, 1862).

De l'Expectation et du traitement homœopathique dans la pneumonie (*Art médical*, 1862, et tirage à part).

Des Formes et du traitement de l'éclampsie (*Art médical*, 1863).

Des Formes et du traitement de l'hystérie (*Art médical*, 1864).

De l'Aliénation et de la Folie (*Art médical*, 1865, et tirage à part).

Conférences publiques sur l'homœopathie (*Art médical*, 1867, et tirage à part).

Paris. — Typ. A. Parent rue Monsieur-le-Prince, 31.

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

CONTENANT LE

TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE DE CHAQUE MALADIE

PAR

LE Dr P. JOUSSET

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE
MEMBRE ET LAURÉAT DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES
INTERNE-LAURÉAT (MÉDAILLE D'OR) DES HÔPITAUX DE PARIS
CHEVALIER DE CHARLES III

TOME SECOND

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

19, rue Hautefeuille, près le boulev. St-Germain.

LONDRES
HIPP. BAILLIÈRE

MADRID
C. BAILLY-BAILLIÈRE

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL

1868

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

DES AFFECTIONS

ET

DES MALADIES LOCALISÉES

Nous avons décrit les maladies dont les lésions ont un siége multiple et celles qui n'ont pas de lésions appréciables ; nous allons décrire maintenant les affections et les maladies dont la lésion principale a un siége unique. Beaucoup d'auteurs appellent encore les premières de ces maladies *maladies générales*, et les secondes *maladies locales*. Nous rejetons complétement ces expressions, parce qu'elles consacrent une erreur. En effet, il n'y a pas de *maladies locales*. La pneumonie, avec la fièvre et les altérations du sang qu'elle détermine, est une maladie *totius substantiæ*, au même titre que la fièvre typhoïde. Il en est de même de l'épistaxis, de l'arthrite, du cancer de l'estomac, de l'engorgement de l'utérus, etc. Ici la lésion principale a un siége ; ce sont des affections ou des maladies

localisées, mais non des maladies locales ; elles sont toutes le produit d'une disposition de l'organisme, et elles retentissent plus ou moins sur les autres organes et les autres fonctions. Elles constituent toujours un état contre nature du composé vivant.

Nous décrirons ces affections et ces maladies localisées en suivant l'ordre anatomique : 1° parce que l'étude comparative des affections diverses qui siégent sur le même organe est extrêmement utile pour le diagnostic ; 2° parce que les agents thérapeutiques et hygiéniques qui composent le traitement des affections qui siégent sur le même organe présentent de nombreux points de contact. Ainsi il y a certainement plus d'analogie entre les symptômes et la marche de l'hémorrhagie cérébrale et celle de l'encéphalite, qu'entre l'hémorrhagie cérébrale et tout autre hémorrhagie, l'épistaxis, par exemple ; ou bien qu'entre l'encéphalite et toute autre phlegmasie, la péritonite, la pneumonie, etc. Pour la thérapeutique, l'hygiène des *affections cérébrales* est différente de l'hygiène des *affections pulmonaires*, et réciproquement ; de même il y a des médicaments qui agissent principalement sur le cerveau, la *belladone*, l'*opium*, par exemple.

Nous décrirons d'abord dans chaque organe les maladies essentielles : phlegmasies, hémorrhagies, etc., puis les localisations des *maladies constitutionnelles, diathésiques, cachectiques*, et les *névroses*. Nous ferons cependant subir à cet ordre tous les changements qui nous paraîtront demandés par les nécessités de la *médecine pratique*.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE L'ENCÉPHALE

DE LA MÉNINGITE

Décrite sous le nom de *phrénitis*, puis d'*hydrocéphalie aiguë*, cette maladie n'a été bien connue que depuis l'époque où Parent du Châtelet et Martinet distinguèrent nettement la méningite de la convexité de la méningite de la base : c'est-à-dire la méningite essentielle de la méningite tuberculeuse.

La *méningite essentielle* est une maladie extrêmement rare ; elle est caractérisée anatomiquement par l'inflammation de la pie mère et de la couche superficielle du cerveau ; le siége principal de l'inflammation est à la convexité des hémisphères. Cette même inflammation survient plus fréquemment comme affection symptomatique dans le cours et à la fin d'un certain nombre de maladies. La *méningite symptomatique* se subdivise elle-même en symptomatique proprement dite et en *métastatique*. Cette dernière a pour caractère de survenir dans le cours de la maladie et de remplacer tout à coup une autre affection moins grave. On l'observe dans le rhumatisme, dans la goutte, dans la dartre et pendant le cours d'une phlegmasie ; elle remplace alors soit l'affection articu-

laire, soit l'affection de la peau, soit l'hépatisation pulmonaire ou telle autre inflammation viscérale.

La méningite est purement symptomatique quand, dans les mêmes maladies, elle se développe concurremment avec les affections locales ; elle est surtout fréquente dans le cours des fièvres et de la diathèse purulente. La méningite symptomatique de la scrofule occupe toujours la base du cerveau ; elle est tellement fréquente que nous lui consacrerons un chapitre spécial. C'est encore une méningite scrofuleuse que celle qui se développe par suite d'une carie du rocher.

MÉNINGITE ESSENTIELLE.

Elle présente trois formes distinctes : la *forme commune*, la *forme convulsive* et la *forme apoplectique*.

Forme commune. — Elle est caractérisée par l'évolution de deux périodes : période d'excitation et de délire, période de coma et de collapsus.

Début. Cette forme de méningite débute par un mouvement fébrile intense, une céphalagie atroce et des vomissements. Le mouvement fébrile est ou non précédé de frisson ; le pouls est fort, dur, fréquent ; la chaleur est intense, sèche ; la céphalalgie siége dans la région frontale; elle augmente par le mouvement, la lumière et le bruit ; les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent bilieux ; ils persistent quelques jours ; ils sont en rapport avec la céphalalgie. Le facies est rouge, animé ; la respiration très-accélérée et entrecoupée de soupirs ; il y a une constipation opiniâtre ; la langue est blanche et sa-

burrale; l'insomnie complète; l'agitation alterne avec la somnolence; le regard devient fixe, les réponses brèves, et dès le deuxième ou le troisième jour, le délire éclate; d'abord fugitif et tranquille, il devient continu et furieux. Les malades, en proie à une agitation énorme, crient, vocifèrent, cherchent à se lever, à frapper, à mordre ; ils ont des hallucinations multiples et changeantes, et on est obligé de les maintenir avec la camisole. La contracture des muscles de la nuque et de la mâchoire, les soubresauts des tendons apparaissent déjà. Le mouvement fébrile continue; mais le pouls devient petit et augmente de fréquence ; la langue se sèche et se colore en brun; les vomissements cessent. La *mort* peut survenir dans cette période, au milieu d'une agitation terrible.

Mais habituellement les malades arrivent à la période de *collapsus*. La somnolence l'emporte sur le délire, et les malades tombent dans un *coma* plus ou moins profond. C'est dans cette période que surviennent les convulsions et les paralysies ; elles sont habituellement partielles et bornées à la face; mais quelquefois il survient des accès véritables d'éclampsie et des hémiplégies. Les contractures que nous avons déjà signalées, les soubresauts des tendons, la céphalalgie, prennent un plus grand développement. Pendant ce temps, le pouls faiblit, devient irrégulier et se ralentit; la respiration suit la circulation, elle est irrégulière, suspirieuse et rare. Vers la fin du premier septénaire, quelquefois dès le quatrième jour de la maladie, la mort survient, soit par asphyxie, soit dans un coma profond, soit enfin, mais bien plus rarement, dans un accès d'éclampsie; quelquefois enfin on observe un mieux inespéré, interrompu brusquement par le retour des plus mauvais symptômes et par la mort.

Si la *guérison* doit terminer la maladie, ce qui est excessivement rare, la connaissance revient peu à peu et par

intervalles; le délire cesse tout à fait; et le coma est remplacé par un véritable sommeil.

Forme convulsive. — Presque exclusivement propre à la première enfance, cette forme s'annonce par du malaise; les enfants sont tristes; ils pleurent sans cesse; bientôt ils sont pris de fièvre et de vomissements; très-peu d'heures après, la maladie éclate par une attaque d'éclampsie. Les attaques se succèdent, d'abord rapprochées, puis de plus en plus éloignées; elles sont séparées par des intervalles de coma, avec plaintes, grincement de dents, hémiplégie, contractures; le mouvement fébrile est continu, le pouls très-fréquent; la respiration est tellement accélérée qu'elle sert souvent de signe diagnostique; les grands mouvements convulsifs cessent; la paralysie alterne avec des contractures dans les membres, de grands mouvements d'extension, très-lents, presque cataleptiques; puis le coma domine et remplace les autres symptômes. En même temps, la respiration s'accélère, devient gémissante; l'asphyxie commence, et les malades succombent rapidement, presque toujours avant le septième jour, quelquefois après vingt-quatre ou trente-six heures. La *mort* peut encore être plus rapide et survenir pendant une attaque violente de convulsion générale. La *guérison* s'annonce surtout par le retour de la connaissance et par la cessation du mouvement fébrile.

Méningite apoplectiforme ou *foudroyante*. Précédée de céphalalgie et de tristesse, cette forme débute brutalement par la perte subite et complète de la connaissance. La respiration est stertoreuse et accélérée; le pouls plein et fréquent; il survient des contractures. La marche de la maladie est continue, et la mort arrive après vingt-

quatre ou trente-six heures. Cette forme est fort rare ; il en existe une fort belle observation dans le livre de Parent du Châtelet et Martinet, p. 505.

Anatomie pathologique. — Elle n'a point été étudiée au point de vue des formes. Quand la lésion a achevé son évolution, on trouve la dure-mère distendue par une certaine quantité de pus, formant une couche jaunâtre à la convexité, et se prolongeant plus ou moins sur les faces latérales des hémisphères, gagnant quelquefois la base du cerveau, la face supérieure du cervelet et même le bulbe. Ce pus habituellement concret, membraniforme, siége dans l'espace sous-arachnoïdien. La cavité de l'arachnoïde contient quelquefois des fausses membranes; les ventricules sont le plus souvent vides; d'autres fois ils contiennent du pus. La substance cérébrale en contact avec la pie-mère est rouge, ramollie; quelquefois adhérente. L'examen microscopique fait reconnaître que les capillaires contiennent plus de sang; que les globules sont pressés, entassés les uns sur les autres; qu'ils sont déformés; il existe un nombre variable de corpuscules granulés et de corps fusiformes; enfin, les éléments nerveux sont déformés et plus ou moins détruits. A un degré moins avancé, on ne trouve qu'une rougeur vive et des traînées purulentes le long des vaisseaux.

Étiologie. — L'âge a une influence marquée sur la forme de la maladie. La forme convulsive survient presque exclusivement pendant la première dentition. Le *sexe* masculin est beaucoup plus souvent atteint que le sexe féminin; les enfants d'aliénés sont plus exposés à cette maladie que les autres.

Les excès alcooliques, l'insolation, la peur, le chagrin,

une fatigue musculaire excessive, une longue marche, sont les causes occasionnelles de la méningite.

Traitement.— *Prophylaxie*. Elle consiste non-seulement à éviter les causes occasionnelles, mais encore, pour les enfants prédisposés, à supprimer pendant la première dentition, le vin, le café et les médications dites toniques : vin de quinquina, huile de foie de morue, préparations ferrugineuses et iodées; bains salés et excitants.

Les médicaments principaux dans la forme commune sont : *belladona, hyosciamus, stramonium* et *opium*. Tous les quatre correspondent à la céphalalgie, au délire s'aggravant progressivement et remplacé par le coma, aux contractures, aux convulsions, aux paralysies, aux vomissements et à la fièvre. Les trois premiers, qui appartiennent à la même famille botanique, présentent des analogies qui rendent leur choix très-difficile; nous allons néanmoins essayer de spécifier les indications de chacun d'eux. Ce que nous allons dire ici s'applique aussi au traitement de la méningite symptomatique, puisque l'ensemble des lésions et des symptômes est le même dans tous les cas. Nous ferons une exception pour la méningite tuberculeuse qui réclame un chapitre à part.

Période du délire. Belladona convient bien à l'ensemble de la maladie : on devra donc l'administrer au début, alors qu'il n'existe encore ni du côté du délire, ni du côté du désordre des mouvements rien qui doive faire préférer un de ses analogues.

Stramonium devra remplacer *belladona* si la fureur est extrême avec hurlement, impulsion à mordre, pouls petit et fréquent, face d'un rouge brun, roideur tétanique très-prononcée de la nuque, de la mâchoire et des muscles.

Hyosciamus sera préféré si le malade veut continuel-

lement s'échapper, se mettre nu; s'il voit rouge; si les convulsions sont éclamptiformes, et si le mouvement fébrile est modéré.

Période de collapsus. Encore *belladona*, *stramonium* et *opium*.

Le coma avec pâleur de la face et des mains demande *belladona*. Le coma avec rougeur de la face et stertor plus prononcé indique *opium* ou *stramonium*. *Opium*, si la pupille est contractée; *stramonium*, si elle est dilatée.

Traitement de la forme convulsive. Aux quatre médicaments précédents il faut ajouter *cicuta virosa*, *æthusa cynapium* et *plumbum*. *Belladona* convient au début et est indiquée par les convulsions alternant avec le coma, la face rouge, les battements violent des carotides.

Stramonium, est indiqué contre le coma avec roideur tétanique, face très-rouge ou très-pâle; il convient surtout lorsqu'il y a extension lente et cataleptique d'un membre, respiration accélérée, inspiration suspirieuse, expiration très-courte, tremblement au moindre attouchement, hémiphégie.

Hyosciamus, alternative de coma et d'éclampsie comme *belladona*; expression souriante de la face pendant le coma; céphalalgie.

Opium. Coma avec face rouge, roideur tétanique, inspiration stertoreuse, pupille contractée.

Æthusa cynapium correspond au coma avec éclampsie, avec mouvement tétaniforme; face bouffie, marbrée de taches rouges; pouls petit, dur et fréquent, avec peau froide. Les lésions correspondent à celle de la méningite non suppurée.

Cicuta correspond à l'éclampsie avec face pâle, coma incomplet; convulsions commençant par la torsion de la tête vers une épaule.

Plumbum est encore mal connu.

Forme apoplectique. Il faut se rapporter à ce que nous avons dit des indications tirées des différentes variétés du coma, afin de choisir entre *opium, stramonium, belladona* et *hyosciamus*.

Arnica est aussi indiqué.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

C'est une maladie essentielle, caractérisée par l'inflammation de la pie-mère cérébro-spinale. Cette maladie, habituellement épidémique et contagieuse, s'accompagne d'éruptions qui l'on fait confondre avec le typhus.

Elle présente quatre formes : forme *commune*, forme *foudroyante*, forme *ataxique*, et forme *bénigne*.

Forme commune. — Elle s'annonce par un malaise accompagné de tristesse ; des terreurs subites chez les enfants ; de la céphalalgie avec ou sans nausées ; et une rachialgie déjà bien accusée. La céphalalgie et la rachialgie deviennent atroces ; la douleur est surtout intense à la nuque et au sacrum ; elle s'irradie dans les membres et immobilise les malades dans le décubitus dorsal. Au bout de quelques heures, le délire commence, devient continu, et s'élève jusqu'à la fureur ; en même temps surviennent des vomissements bilieux contenant quelquefois des lombrics. La constipation est opiniâtre ; il n'y a pas de fièvre ; la peau est naturelle ; le pouls est ralenti. Le troisième jour, il y a une rémission considérable de tous les symptômes ; cette rémission annonce la fin de la première période.

La deuxième période, appelée aussi *période de réaction*,

s'annonce par un mouvement fébrile intense; grande chaleur de la peau; pouls fort, mais ne s'élevant presque jamais au-dessus de 100 pulsations; respiration accélérée, suspirieuse; délire avec fureur et hallucinations; contracture générale et tétanique; opisthotonos, contracture de la nuque, des mâchoires, strabisme, tremblement des membres, convulsions éclamptiformes, pupilles extrêmement resserrées. C'est dans cette période qu'apparaissent des éruptions variées : herpès, taches lenticulaires, pétéchies, éruption morbiliforme.

3e *période. Collapsus.* Le coma alterne avec le délire; carphologie, soubresaut des tendons; la peau se refroidit, le pouls devient petit, irrégulier, misérable et reste fréquent. Des pétéchies et des hémorrhagies apparaissent, et la *mort* arrive habituellement dans le collapsus, à la fin du premier septénaire; quelquefois elle est précédée d'une rémission apparente, de peu de durée.

Quand la *guérison* doit avoir lieu, le délire et le coma cessent; la connaissance revient, ainsi que le sommeil et l'appétit.

Forme foudroyante. — Début brusque; les malades sont frappés au milieu de leurs occupations; une céphalalgie atroce, des vomissements, un délire furieux qui est bientôt remplacé par le coma, des contractures, des convulsions éclamptiformes, constituent l'ensemble des symptômes de cette forme. D'autres fois, elle débute par un accès apoplectiforme. La marche de la maladie est rapide, la mort arrive dans le collapsus du deuxième au troisième jour : il y a des exemples de mort après six heures de maladie.

Forme ataxique. — On pourrait aussi l'appeler *lente prolongée*. Les symptômes de la méningite sont moins accu-

sés et la maladie affecte les allures de la fièvre typhoïde. Le délire consiste dans la typhomanie avec stupeur et somnolence. Les malades marmottent continuellement des paroles sans suite; le pouls est petit et fréquent; la peau chaude, la langue et les gencives deviennent fuligineuses; il y a de la diarrhée et des selles involontaires. Les désordres des mouvements consistent dans des contractures de la nuque, des mâchoires, des extrémités; des tremblements de la langue, des lèvres, des membres, des soubresauts des tendons, de la carphologie. Plus tard, il survient des eschares, des abcès, des pétéchies; les malades maigrissent considérablement. La maladie marche lentement et se prolonge 90 ou 100 jours. La mort arrive dans le coma ou la syncope. Quand la guérison a lieu, la convalescence est interminable.

Dans toutes les épidémies les auteurs signalent plutôt qu'ils ne décrivent des cas plus ou moins nombreux de *forme bénigne*.

La *lésion* siége dans la *pie-mère cérébro-spinale*, mais principalement à la base du cerveau. Ce siége est parfaitement en rapport avec les symptômes; et il est le même que dans la *méningite tuberculeuse* avec laquelle la méningite encéphalo-rachidienne présente quelques rapports.

Dans les cas foudroyants, l'inflammation méningée est caractérisée seulement par un piqueté ecchymotique plus ou moins abondant; mais, quand la maladie s'est prolongée, on trouve du pus liquide ou concret. On observe en outre une saillie notable des plaques de Peyer, des suppurations diverses; arthrites, péricardites, pleurésies; des gangrènes et en particulier celle du pharynx.

Étiologie. — Maladie épidémique et contagieuse, sévissant principalement dans les grandes agglomérations : casernes, bagnes, écoles; elle est beaucoup plus fréquente

dans le sexe masculin, et elle acquiert plus de gravité après 30 ans. Les causes occasionnelles sont les fatigues, les chagrins et les excès.

Traitement. — *Forme commune. Opium* est le médicament principal. Chauffard (d'Avignon) l'a prescrit avec succès; il l'employait à très-haute dose, 30 à 40 centigrammes par jour. C'est un médicament tout à fait homœopathique. Il correspond en effet aux symptômes suivants : Mouvement fébrile précédé de ralentissement du pouls et de refroidissement de la peau; plus tard, le pouls devient fort et fréquent, la peau chaude; et quand l'empoisonnement se termine par la mort, la peau se refroidit de nouveau; le pouls devient petit et misérable, et les malades tombent dans le collapsus.

Nous avons vu, en exposant le traitement de la méningite, le caractère du délire, des contractures, des convulsions et du coma produit par l'opium. Ces symptômes se rapportent beaucoup à ceux de la méningite cérébro-spinale.

Nous ne reviendrons pas non plus sur les indications des trois solanées qu'on peut relire au chapitre précédent. *Agaricus muscarius* est indiqué par le délire, la somnolence, mais surtout par la céphalalgie et la rachialgie s'irradiant dans les membres et par le ralentissement du pouls.

Nux vomica est indiqué par les symptômes de contracture générale avec secousses tétaniques; par la rachialgie qui s'exaspère au moindre mouvement; le délire, la somnolence et la pupille resserrée.

Forme ataxique. Dans la première période, même traitement que pour la forme commune. Dans la *forme lente et prolongée, stramonium* est indiqué surtout par la contracture, par les tremblements de langue et des membres;

par la suppression des évacuations et le ballonnement; la paralysie du pharynx.

Phosphorus est indiqué par l'ensemble des symptômes qui constituent l'apparence typhoïde : stupeur, langue et dents fuligineuses, fièvre continue, diarrhée, hémorrhagies, etc. *Phosphorus* possède encore un symptôme qui se rapporte au début de la maladie : rachialgie avec douleurs fulgurantes dans les membres.

Arsenicum, dont la spécialité pour les affections de la moelle épinière est marquée par la rachialgie avec propagation des douleurs dans les membres inferieurs, douleurs fulgurantes dans les membres, est indiqué par les symptômes généraux énumérés déjà bien des fois et qu'on retrouve à l'histoire de la fièvre typhoïde.

Opium et *stramonium* sont indiqués dans le traitement de la *forme foudroyante;* le rétrécissement ou la dilatation des pupilles fixent le choix du médicament.

ENCÉPHALITE.

Maladie caractérisée anatomiquement par l'inflammation d'une portion *circonscrite* de la pulpe cérébrale. Nous n'entendons décrire, sous le nom d'*encéphalite essentielle,* ni la *péri-encéphalite diffuse* symptomatique de la *paralysie générale;* ni les inflammations qui se développent autour des tumeurs cérébrales ou des foyers apoplectiques, ni même les noyaux d'encéphalite qui surviennent comme symptômes dans le cours de la fièvre typhoïde, de la diathèse purulente et des fièvres éruptives.

Longtemps confondue avec la méningite et l'hémorrhagie cérébrale, l'encéphalite n'est pas suffisamment dis-

tinguée du ramollissement par oblitération artérielle, et nous prévenons que la description qui suit pourra être modifiée par les progrès ultérieurs de l'anatomie pathologique du cerveau.

Les observations nombreuses d'encéphalite que nous avons analysées peuvent se diviser en cinq formes distinctes : *forme commune, forme apoplectique, forme hémiplégique, forme convulsive, forme délirante.* Rappelons qu'ici, comme pour l'hémorrhagie cérébrale, la variété du siége explique en partie la variété des symptômes.

Forme commune. — Elle présente trois périodes, dont la succession est importante à considérer pour la distinction de l'encéphalite et de l'hémorrhagie cérébrale.

Le *début* s'annonce par de la céphalalgie, de l'excitation cérébrale, de l'insomnie, des accès de tremblements convulsifs, quelquefois de la névralgie faciale.

Période apoplectique. Elle débute par des vertiges, de la somnolence qui dégénère rapidement, mais non subitement, en une perte complète de la connaissance, avec hémiplégie et contracture, respiration stertoreuse, pouls accéléré, à 80 et 100 pulsations, fort et grand. Ces symptômes sont toujours accompagnés de vomissements.

2e *période.* Caractérisée par le retour plus au moins complet de la connaissance. Les malades accusent une douleur fixe en un point du crâne, douleur qui s'irradie dans les membres; alternance de paralysie et de contracture; dilatation des pupilles, quelquefois cécité; délire habituellement tranquille, quelquefois agité; pouls fréquent, mais petit; quelquefois accès fébriles intermittents.

3e *Période ou de collapsus.* Le coma revient; stertor, résolution des membres, paralysie du pharynx et de la vessie, asphyxie progressive, et mort.

Forme apoplectique. — Perte rapide, mais progressive, de la connaissance et du mouvement, résolution des membres, mort rapide. Le pouls est fort et fréquent; il n'y a jamais de syncope comme dans l'hémorrhagie cérébrale abondante. Si la protubérance est le siége de la lésion, le pouls est ralenti et irrégulier.

Forme hémiplégique. — Elle est mieux connue que les autres; elle débute par un vertige plus ou moins fort avec une hémiplégie qui, après des alternatives de mieux et de plus mal, finit par devenir complète. Cette hémiplégie est mélangée de contractures et s'accompagne quelquefois d'une augmentation excessive de la sensibilité. Il existe un mouvement fébrile marqué.

Si cette forme doit se terminer par la guérison, la paralysie diminue très-lentement; rarement elle disparaît tout à fait; si au contraire la mort est la terminaison de la maladie, le coma s'établit plus ou moins rapidement, s'accompagne de convulsions, est suivi de résolution et d'asphyxie.

Forme convulsive. — Presque exclusive à l'enfance et presque impossible à distinguer de la méningite cérébrale, elle est caractérisée par des attaques d'éclampsie avec perte complète de la connaissance. L'hémiplégie alterne avec la contracture et coïncide avec des convulsions éclamptiques du côté opposé. Il y a un mouvement fébrile continu. Les malades tombent rapidement dans le collapsus et meurent asphyxiés.

Forme délirante, *ataxique* de Durand-Fardel. — Elle siége dans les circonvolutions. Cette forme est caractérisée par l'agitation, le trouble des idées, puis le délire avec fièvre. A cet état succèdent plus ou moins vite des

contractures ou des accès convulsifs ; la paralysie manque habituellement. A la suite des accès convulsifs surviennent le coma, l'asphyxie et la mort.

L'encéphalite de forme commune parcourt ses périodes en un à trois septénaires ; les formes foudroyante, convulsive et délirante peuvent se terminer par la mort en vingt-quatre ou quarante-huit heures ; la forme hémiplégique est beaucoup plus longue, surtout quand elle se termine par la guérison. Cette terminaison a été constatée par des autopsies qui ont fait connaître le mode de résolution et de cicatrisation des foyers d'encéphalite.

Anatomie pathologique. — La lésion de l'encéphalite présente quatre périodes pour son évolution complète.

1re *période*. Noyaux variables de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf. La substance cérébrale est tuméfiée, dure, friable, rouge plus ou moins hortensia ; elle présente souvent de petites ecchymoses d'inégale grandeur.

A un degré plus avancé, la substance cérébrale est ramollie, d'un jaune pâle ou verdâtre, présentant de larges ecchymoses ou de petites collections purulentes ; plus tard enfin, on trouve un abcès complétement enkysté. Si le malade guérit, on trouve une véritable cicatrice déprimée et dure ; quelquefois la cicatrice est incomplète, la partie liquide du pus est absorbée, et l'abcès est transformé en une sorte de dépôt calcaire. D'autres fois enfin, on trouve dans les mailles d'un tissu cellulaire nouveau un liquide analogue à du lait de chaux. Le microscope permet de reconnaître dans la lésion de l'encéphalite la déchirure des capillaires, l'épanchement de globules sanguins, la destruction et la transformation des éléments nerveux en graisse, et la formation du pus. Il est hors de doute pour nous qu'on a confondu bon nombre de ramollissements

par oblitération artérielle avec des ramollissements inflammatoires, et que cette erreur rend bien incertaine l'histoire de l'encéphalite.

Étiologie. — L'encéphalite est héréditaire ; elle frappe les hommes dans une plus grande proportion que les femmes ; elle sévit surtout surtout dans la vieillesse ; cependant Rilliet et Barthez signalent cette maladie dans l'enfance.

Les observations particulières n'offrent aucun renseignement sur les causes occasionnelles de l'encéphalite. Un côté encore à peu près complétement inexploré de la question étiologique consisterait à étudier les rapports de l'encéphalite avec la goutte, les hémorrhoïdes et les affections du cœur.

Traitement. — Cette maladie est encore trop souvent confondue avec la méningite, les hémorrhagies et les ramollissements pour que son traitement soit facile. Indépendamment des *solanées*, de l'*opium* et de l'*arnica* dont on trouvera les indications différentielles aux articles *Méningite* et *Hémorrhagie cérébrale*, nous indiquerons deux autres médicaments : *nux vomica* et *lachesis*. *Nux vomica* est indiquée par les symptômes suivants : accès de fourmillement dans les pieds et dans les mains, nausées, vomissements, anxiété, embarras et stupeur dans la tête, avec chaleur de la face et bourdonnements d'oreille, convulsions toniques, paralysie, assoupissement avec ronflement. L'administration de la noix vomique à haute dose aggrave manifestement les symptômes d'encéphalite, ce qui est un signe de l'homœopathicité de cette substance. *Lachesis* est indiqué par les accès apoplectiques avec face bleuâtre ; alternance de contracture et de paralysie, accès convulsifs, tremblement des membres, coma profond. Les lésions

produites par la piqûre du lachesis comprennent le ramollissement du cerveau.

CONGESTION ET ANÉMIE CÉRÉBRALES.

La congestion cérébrale, caractérisée anatomiquement par un afflux considérable de sang au cerveau et dans ses membranes, présente à l'examen microscopique une augmentation considérable des capillaires ; des globules entassés et pressés dans les vaisseaux et une exsudation séreuse. Cette lésion, commune à un grand nombre de maladies, ne paraît pas, dans aucun cas, constituer une maladie essentielle. La congestion cérébrale est tantôt accidentelle et rapide dans sa marche, tantôt habituelle et chronique. Ses symptômes varient suivant qu'elle est *générale* ou *partielle*.

La *congestion accidentelle* et *générale* se traduit par la perte subite et complète de la connaissance, tantôt avec résolution des membres, tantôt avec hémiplégie, tantôt avec convulsion générale. La *congestion partielle* se traduit par une hémiplégie, par des paralysies plus limitées encore, et en particulier par la paralysie d'un œil. La congestion limitée à la protubérance se traduit par une convulsion générale avec perte de connaissance.

Le caractère de ces congestions accidentelles est d'être subites, d'une durée très-courte, de se dissiper en quelques heures ou en quelques jours sans laisser de traces.

Ces congestions surviennent comme symptômes prémonitoires ou concomitants de l'hémorrhagie cérébrale, de l'encéphalite, des tumeurs du cerveau, de la démence, de la paralysie générale, de la goutte, des hémorrhoïdes, de l'albuminurie, du diabète, des affections du cœur,

de l'hystérie ; elles constituent le symptôme principal des empoisonnements par l'alcool, les solanés, l'opium, etc., etc.

La *congestion habituelle* se traduit surtout par des vertiges, de l'hébétude, de la somnolence, de la titubation, de la surdité passagère, des bluettes, de la rougeur de la face et des oreilles, du battement des carotides. C'est la lésion de l'alcoolisme chronique, de la démence, de la paralysie générale, etc., etc.

Des expérimentations modernes, il résulte que l'*anémie* cérébrale, c'est-à-dire l'état inverse de celui que nous venons de décrire, produit des symptômes analogues. Ainsi les hémorrhagies poussées jusqu'à la syncope produisent la perte de connaissance avec résolution des membres, ou, au contraire, des convulsions générales; la ligature de toutes les artères du cerveau, chez les animaux, produirait des symptômes analogues, seulement avec des convulsions plus prononcées. — Ces phénomènes n'ont pas encore reçu une explication satisfaisante. L'*anémie partielle*, déterminée par la ligature d'une seule carotide, par exemple, détermine une hémiplégie. Ce sont là des faits fort importants, mais encore mal déterminés, et qui n'auront toute leur valeur que lorsqu'on pourra distinguer avec certitude les symptômes de l'anémie de ceux de la congestion.

Traitement. — La prophylaxie consiste à éviter toutes les circonstances qui congestionnent le cerveau : usage des alcooliques, repas prolongés, sommeil après le repas, efforts intellectuels, surtout après le repas; insolation, constriction du cou; tête couchée trop basse. Les médicaments sont tous ceux déjà indiqués à propos de l'encéphalite, de la méningite et des hémorrhagies cérébrales.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

C'est une affection caractérisée par un épanchement de sang dans la pulpe du cerveau ; cette affection survient habituellement chez les goutteux, les hémorrhoïdaires ou les dartreux ; on n'a pas encore déterminé par des observations cliniques si l'hémorrhagie pouvait survenir en dehors de toute maladie et, par conséquent, constituer une espèce morbide.

Cette affection se présente sous trois formes : *forme commune, forme hémiplégique, forme foudroyante.*

La FORME COMMUNE de l'hémorrhagie cérébrale est caractérisée par une *apoplexie* avec hémiplégie, suivie du retour à la connaissance avec persistance de l'hémiplégie.

Prodromes. Cette question a été souvent débattue; mais la confusion de l'encéphalite, de l'hémorrhagie et du ramollissement par l'endoartérite déformante, ôte aux travaux anciens presque toute leur valeur. Rochoux affirme que les prodromes n'ont existé que 6 fois sur 63 cas. Ces symptômes précurseurs sont ceux d'une hémorrhagie imminente : chaleur et battement des artères ; pouls grand et rebondissant. Il faut ajouter : vertiges ténébreux, céphalalgie, excitation cérébrale ou somnolence, et surtout un léger embarras de la parole ; mais, le plus souvent, les prodromes n'existent pas, et jamais les malades ne se sont mieux portés qu'au moment de l'attaque.

1re *période. Apoplexie.* Le malade tombe foudroyé ; il a perdu subitement la connaissance, le mouvement et le

sentiment; il est dans le coma avec stertor; le pouls est grand et lent, la pupille dilatée, le facies habituellement rouge, quelquefois pâle. La paralysie des muscles de la face, jointe à la respiration profonde et suspirieuse, fait qu'à chaque expiration, une joue se distend plus que l'autre, et que l'air s'échappe avec bruit par un des coins de la bouche; le malade *fume sa pipe*. On constate que la paralysie siége d'un seul côté du corps. Il y a quelquefois paralysie du sphincter et souvent vomissements au début. La durée de cette période est de un à six jours.

2e *période, hémiplégique*. La connaissance revient peu à peu; l'intelligence et la mémoire restent un peu altérées; le pouls et la respiration reviennent à leur état normal; le sommeil est encore troublé; l'hémiplégie persiste complète ou incomplète: le mouvement est aboli de tout un côté du corps; la paralysie occupe les muscles de la face du même côté; et, si le malade tire la langue, elle se dévie du côté paralysé; les traits de la face sont affaissés et immobiles du côté de la paralysie. Le bras est toujours plus paralysé que la jambe. La sensibilité peut être conservée.

Arrivée à ce point, l'hémorrhagie cérébrale peut présenter des terminaisons bien diverses.

1° *Mort par encéphalite*. Vers la fin du premier septénaire, il survient de la céphalalgie, une mouvement fébrile, puis la paralysie est remplacée par la contracture; il survient de la somnolence, du coma, et les malades succombent rapidement. Le mouvement fébrile s'accompagne d'une élevation de la température du corps, qui peut servir de mesure à la gravité de la maladie, puisqu'elle augmente jusqu'au jour de la mort. Nous devons noter aussi, comme le signe d'une fâcheuse terminaison, l'apparition sur la fesse du côté paralysé d'une tache rouge-violacée, suivie bientôt d'une eschare gangréneuse.

2° *Mort par une nouvelle hémorrhagie.* Après un rétablissement apparent qui laisse cependant subsister l'hémiplégie, les malades sont pris d'une nouvelle attaque et succombent rapidement dans le coma.

3° *Mort dans l'état cachectique.* Les malades se rétablissent à peu près, mais la paralysie est complète; il survient des eschares, des suppurations profondes, de la fièvre hectique, et les malades succombent dans le marasme et la diarrhée, ou bien ils sont emportés par une maladie intercurrente.

Guérison directe. L'hémiplégie diminue graduellement; le mouvement revient d'abord dans la jambe, puis dans le bras, la parole est facile, et la guérison peut être complète; mais le plus souvent il reste des traces de paralysie surtout dans le bras.

Guérison après encéphalite. Elle est très-rare : la fièvre cesse; la paralysie remplace la contracture et guérit elle-même, mais fort incomplétement; d'autres fois la contracture persiste toute la vie des malades.

État stationnaire et encéphalite chronique. Il arrive souvent que la seconde période se prolonge fort longtemps; puis, après une amélioration insignifiante de la paralysie du membre inférieur, le bras est pris de rétraction musculaire avec douleur très-persistante et céphalalgie habituelle; ou bien l'hémiplégie persiste indéfiniment avec ou sans atrophie musculaire. La vie peut se prolonger ainsi pendant des années ; mais habituellement une *récidive* de l'hémorrhagie emporte les malades.

Forme foudroyante. — Elle correspond à une hémorrhagie considérable; elle est caractérisée par une apoplexie avec résolution des membres et souvent mouvements convulsifs divers. La mort arrive rapidement et sans que les malades reprennent connaissance. Cette

forme a deux variétés, une qui est très-rapide : et l'autre qui présente une rémission après les premiers accidents.

1re *variété*. Perte subite et complète de la connaissance, du mouvement et du sentiment, résolution des membres ou convulsion générale; face d'abord pâle, mais rapidement rouge et violacée; pouls grand et lent, mais bientôt petit et insensible; respiration stertoreuse; paralysie du sphincter et du pharynx; déglutition impossible; mort après quelques heures et quelquefois subite.

2e *variété*. L'attaque est moins rapide; le malade se sent frappé; après l'apoplexie, accompagnée d'hémiplégie, le coma est un peu moins profond, et le malade donne quelques signes de connaissance. Mais cette amélioration se prolonge au plus quelques heures; une nouvelle hémorrhagie se produit, le sang déchire la pulpe cérébrale et pénètre dans les ventricules ou dans l'espace sous-arachnoïdien; le coma augmente, il y a des convulsions générales; les symptômes de la syncope se joignent à ceux du coma; la face pâlit; le pouls est défaillant, et la mort survient rapidement.

Forme hémiplégique.—Vertiges, puis hémiplégie rapide; la connaissance persiste; au début, il y a seulement un peu d'hébétude avec somnolence. Cette forme présente les différentes terminaisons et les différents accidents décrits à propos de la forme commune. Seulement, ici, les chances de guérison sont plus considérables, parce que la forme hémiplégique correspond à une hémorrhagie très-petite.

Anatomie pathologique. — L'hémorrhagie siége le plus souvent dans le corps strié ou la couche optique; elle peut occuper l'un des lobes du cerveau. La quantité de

sang est extrêmement variable. Les grandes hémorrhagies déterminent souvent la rupture des parois ventriculaires ou de la couche corticale. L'hémorrhagie siége du côté opposé à la paralysie. On trouve le sang à des états très-variables, suivant le temps qui s'est écoulé depuis l'hémorrhagie jusqu'au moment de la mort. Nous ne décrirons pas ce travail d'anatomie pathologique, qui se termine par de petits kystes ou par des cicatrices. Les artères sont très-souvent altérées dans leurs parois. Elles sont athéromateuses; d'autres fois elles présentent des dilatations anévrysmales dans leurs plus petites divisions.

Étiologie. — Plus fréquente chez l'*homme* dans la proportion de 3 à 1, l'hémorrhagie cérébrale éclate surtout après 60 ans. Cependant l'âge critique, chez la femme, fournit beaucoup de cas. — Il y a des observations authentiques d'hémorrhagie cérébrale chez des enfants de 2 à 7 ans. L'influence héréditaire est incontestable. On a décrit un *tempérament apoplectique* dont voici les traits principaux : tête grosse, face rouge, cou court, caractère violent, hémorrhagies fréquentes. Les *saisons* très-froides et très-variables sont favorables à la production de l'hémorrhagie cérébrale. Un régime trop succulent, l'abus des alcools, le chagrin prédisposent à cette maladie.

Les *causes occasionnelles* sont : un repas trop copieux, l'ivresse, le coït, un accès violent de colère.

Hémorrhagie de la protubérance.

Elle est souvent foudroyante, convulsive et rapidement mortelle : elle peut être hémiplégique. Voici ses symptômes distinctifs : propulsion en avant ou mouvement de manége, respiration lente, inégale, embarrassée; pouls petit, fréquent, irrégulier.

Hémorrhagie du cervelet.

Souvent foudroyante, elle a pour signes distinctifs : la propulsion et le mouvement de manége ; les symptômes des affections de la base du cerveau : vomissements, pouls et respiration irréguliers ; hémiplégie quelquefois du même côté que l'hémorrhagie ; paralysie de la sensibilité seule ; céphalalgie occipitale ; érection.

Hémorrhagie du bulbe.

Cette hémorrhagie entraîne souvent la mort subite. Symptômes de la base, érection ; souvent hémiplégie alterne, c'est-à-dire paralysie d'un côté du corps et du côté opposé à la face, quand le foyer hémorrhagique se trouve au niveau des origines de la 7e paire.

Traitement. – Le prophylaxie, indépendamment d'une hygiène bien entendue, consiste surtout en quelques doses de *belladona* ou d'*opium*, suivant les indications, et l'usage du *lachesis* pendant la ménopause.

Pendant la période comateuse, les trois principaux médicaments sont : *belladona, opium* et *arnica*. Nous rappelons que *belladona* convient dans le coma avec face plutôt pâle, absence de stertor, pupilles dilatées, pouls petit et fréquent. *Opium* convient dans les circonstances opposées. *Arnica* est moins bien indiqué. Il convient comme médicament favorable dans les hémorrhagies ; coma avec évacuations involontaires ; hémiplégie. J'ai l'habitude, au début, d'alterner *arnica* avec *belladona* ou *opium*, suivant les indications de ces deux derniers médicaments ; une cuillerée toutes les deux heures. Dans la ménopause, il faut songer à *lachesis*. – Dans l'*hémiplégie* d'emblée, ou lorsque la période comateuse est passée, *belladona* reste le médicament principal.

Baryta carbonica, causticum, plumbum, zincum, stannum sont les principaux médicaments contre l'hémiplégie consécutive. *Vipera torva* à la 3e et à la 2e trituration m'a rendu de très-grands services contre l'hémiplégie.

Belladona et *nux vomica* sont les deux médicaments principaux de l'encéphalite symptomatique.

Je prescris, pendant l'état aigu, deux gouttes de la 6e dilution pour une potion de 200 grammes.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE.

C'est une lésion commune de maladies bien diverses. Son siége et la quantité de l'épanchement sont extrêmement variables, d'où des différences très-nombreuses dans les symptômes. Nous décrirons séparément l'*hémorrhagie arachnoïdienne* et l'*hémorrhagie sous-arachnoïdienne,* qui constituent deux états très-distincts.

Hémorrhagie arachnoïdienne.

Elle existe comme espèce morbide, c'est celle que nous allons décrire, mais elle se présente souvent comme symptôme d'affections cérébrales : *démence, paralysie générale, épilepsie, éclampsie,* et *plaies de tête*. Elle survient encore comme symptôme dans le *purpura hemorrhagica,* la *fièvre typhoïde,* les *fièvres éruptives* et les *cachexies diverses.*

L'hémorrhagie arachnoïdienne essentielle présente trois formes : *forme commune, forme paralytique, forme convulsive.*

Forme commune. — Elle est caractérisée par la succession de trois périodes : stupeur, délire et coma. Les deux der-

nières correspondent à la méningite développée par le contact du sang avec les membranes.

1re *période*. Céphalalgie très-intense, stupeur, somnolence croissante et coma incomplet, avec pupille contractée. Cette période, pendant laquelle le pouls est grand et rare, correspond à l'hémorrhagie et à la compression des circonvolutions. Elle dure de deux à quatre jours.

2e *période*. Elle est annoncée par les vomissements et la fièvre ; elle correspond à la méningite consécutive. Le pouls est petit et fréquent, le délire tranquille. Cette période dure trois à quatre jours.

3e *période*. Le coma reparaît et s'accroît chaque jour; le mouvement fébrile continue; les paralysies apparaissent : hémiplégie, paralysie des sphincters, des muscles de la déglutition et de la respiration et mort rapide. D'autres fois la paralysie ne touche pas aux muscles respiratoires; alors les malades restent en proie à la fièvre ; il survient des eschares, des suppurations, des diarrhées, et les malades succombent après plusieurs semaines; cette terminaison est fort rare.

Variété rémittente. Elle correspond à des hémorrhagies successives; il y a des alternatives de coma et de retour à la connaissance. Mais la méningite survient, et la maladie se termine comme d'habitude.

Forme hémiplégique. — Céphalalgie intense avec stupeur comme dans la forme précédente; mais, en plus, hémiplégie rapidement progressive, sans déviation de la langue; mouvement choréique dans les membres non paralysés. La méningite se développe ou non. Si elle se développe, il survient des vomissements, un mouvement fébrile, du délire et les symptômes décrits précédemment. Si elle ne se développe pas, l'hémiplégie peut rester sta-

tionnaire, ou au contraire diminuer progressivement et la maladie se terminer par guérison.

Forme convulsive. — Elle est très-rare. Cependant, dans l'hémorrhagie cérébrale, quand le sang fait irruption dans la cavité arachnoïdienne, les convulsions sont presque constantes. A quoi tient donc la rareté de la forme convulsive dans l'hémorrhagie méningée?

Cette forme correspond à la compression de la protubérance et de la moelle allongée par le sang. Elle se caractérise par des attaques d'éclampsie, alternant avec le coma, des vomissements, du strabisme; le pouls et la respiration sont irréguliers, la mort est rapide.

Les hémorrhagies méningées symptomatiques revêtent les mêmes formes. Celles qui surviennent pendant le cours de la démence et de la paralysie générale sont souvent convulsives. Les hémorrhagies symptomatiques des maladies non localisées dans le cerveau sont souvent *latentes*.

Hémorrhagie sous-arachnoïdienne.

Ces hémorrhagies, toujours fort abondantes, sont dues à la rupture d'un vaisseau artériel ou veineux. J'ai trouvé une seule observation dans laquelle cette rupture n'avait pas été constatée. Si on ajoute que, d'après les travaux modernes les dernières divisions artérielles, présentent souvent de nombreuses dilatations anévrysmales, on comprendra que les hémorrhagies arachnoïdiennes soient si souvent dues à une rupture artérielle.

Les symptômes varient un peu suivant la rapidité de l'épanchement sanguin. La maladie débute par une céphalalgie occipitale atroce et des vomissements, puis plus ou moins rapidement une somnolence croissante, interrompue par une attaque d'éclampsie remplacée elle-

même par le coma. Le pouls est grand et rare; la face plus ou moins colorée. Alors, si l'hémorrhagie est abondante, on voit les symptômes de syncope se mêler à ceux du coma; la face pâlit, le pouls devient misérable, la mort arrive rapidement après douze ou quarante-huit heures de maladie; par exception la durée se prolonge un septénaire; mais alors on voit apparaître les symptômes de la méningite consécutive.

Anatomie pathologique.—Dans la première espèce, l'épanchement sanguin a lieu dans la cavité de l'arachnoïde; la quantité de sang est moindre. Il s'enkyste et subit les diverses transformations propres au sang enkysté. Une opinion récente consiste à attribuer l'hémorrhagie à des vaisseaux nouveaux développés dans une fausse membrane qui précéderait l'hémorrhagie. Les limites de ce livre ne nous permettent pas de discuter et de réfuter les erreurs de ce qu'on a appelé la *pachyméningite*.

Dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, la grande quantité de sang épanché et la mort rapide ne permettent pas le travail de la formation du kyste.

Etiologie. — Nous aurions à répéter ce que nous avons dit pour l'hémorrhagie cérébrale. Notons seulement l'*ivrognerie* comme une cause plus particulière d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne.

Traitement. — Nous renvoyons encore au traitement de l'hémorrhagie cérébrale et de la méningite. Nous rappelons seulement que *laurocerasus*, *lachesis* et *arnica* conviennent principalement dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, si toutefois il est possible d'enrayer d'aussi formidables accidents.

HYDROCÉPHALIE.

Affection caractérisée par un épanchement d'eau dans la cavité de l'arachnoïde ou dans celles des ventricules; de là une première division radicale : *hydrocéphalie arachnoïdienne* et *hydrocéphalie ventriculaire*. Cette affection est presque toujours symptomatique; l'hydrocéphalie arachnoïdienne est la suite et la conclusion d'une hémorrhagie; l'hydocéphalie ventriculaire est symptomatique de tumeurs cérébrales, de cachexies, d'albuminuries scarlatineuses, ou autres; enfin, elle constitue quelquefois une maladie essentielle propre à la première enfance; c'est celle que nous décrirons.

Hydrocéphalie ventriculaire essentielle.

Cette maladie débute de deux manières différentes, le plus souvent elle procède par des symptômes peu marqués et une marche insensible; d'autres fois elle affecte les allures d'une maladie aiguë, c'est ce que les auteurs ont appelé : *hydrocéphalie aiguë*.

Début à marche aiguë. Les enfants sont pris de fièvre et d'agitation; il y a des vomissements fréquents, mais sans constipation invincible; et un ensemble de symptômes qui rappelle la méningite de la base : dilatation des pupilles et regard fixe; bâillements et soupirs; mâchonnement; éclampsie; convulsion partielle; contracture des extrémités; grognements; cris automatiques. Le pouls est dur et fréquent; la face alternativement rouge et pâle; il y a de la somnolence. Après une durée d'un ou deux septénaires, il y a une rémission de tous les symptômes; la maladie peut guérir ou reprendre la mar-

che chronique que nous allons décrire maintenant. Les enfants peuvent-ils succomber dans cette période aiguë? Le fait est encore douteux; il y a quelques observations qui tendent à le prouver, mais elles sont incomplètes.

Marche chronique. C'est la plus fréquente; elle s'établit d'emblée ou succède à la période aiguë que nous venons de décrire.

La marche de la maladie est très-lente et ses progrès presque insensibles. Dans la première enfance, l'accroissement rapide du volume de la tête et un état maladif sont, pendant longtemps, les seuls symptômes appréciables.

Dans un âge plus avancé, les troubles de la vue, l'amblyopie, une démarche mal équilibrée sont aussi des symptômes primitifs.

Quand la maladie est développée, la tête présente un aspect caractéristique. *Avant l'ossification des fontanelles,* la tête prend rapidement un développement énorme et hors de proportion avec la face; le front est saillant et l'angle facial disparaît; les orbites sont inclinés en bas, et l'œil se trouve recouvert en partie par la paupière inférieure; les sutures sont écartées, les fontanelles considérablement agrandies; les os très-amincis, la tête transparente et fluctuante; un sillon longitudinal saillant, indique l'espace interpariétal. *Après l'ossification* des fontanelles, le développement du crâne est moins considérable, et il n'y a plus cette disproportion avec la face; la tête entière est énorme, et dans un degré avancé les sutures tendent à se disjoindre.

Pendant que la tête subit les modifications précédentes, l'agitation cesse, elle est remplacée par la tristesse et l'impassibilité. Immobiles, somnolents, l'œil fixe, la pupille dilatée, les enfants poussent encore quelques cris aigus quand on les change de place; le strabisme, l'am-

blyopie et la cécité sont des symptômes de la dernière période, auxquels il faut ajouter des paralysies et des contractures partielles ; et enfin des convulsions éclamptiques. Chez les enfants plus âgés, l'intelligence devient obtuse, mais elle se conserve plus longtemps, ainsi que la parole.

La *mort* arrive de deux manières : quelquefois brusquement dans une attaque d'éclampsie ; le plus souvent lentement ; la somnolence devient de plus en plus profonde ; le pouls petit, misérable ; coma, refroidissement et mort.

La *guérison* arrive par la diminution progressive de la tête ; mais elle laisse souvent à sa suite un certain degré d'imbécillité ou de paralysie partielle.

La marche de la maladie présente quelquefois des rémissions considérables.

Anatomie pathologique. — Les ventricules sont énormément dilatés, les communications intra-ventriculaires sont agrandies ; la substance cérébrale qui forme la paroi supérieure est aplatie et durcie ; les circonvolutions sont effacées et le cerveau réduit à un état membraniforme. La base est mieux conservée. Le liquide est séreux, transparent et non albumineux.

Dans l'hydrocéphalie de la cavité arachnoïdienne qui succède à une hémorrhagie, le cerveau est aplati de haut en bas ; le liquide est fortement albumineux et quelquefois sanguinolent. Dans les cas douteux, l'analyse du liquide, après la ponction, fixe le diagnostic.

Etiologie. — C'est surtout une maladie de la première enfance : elle peut cependant se développer aussi pendant la seconde dentition. Les coups et les excitations

cérébrales sont les causes occasionnelles les plus fréquentes.

Traitement. — Dans la première période il y a quatre médicaments : *belladona, helleborus niger, arnica* et *apis*.

Belladona est indiqué par les symptômes suivants : face alternativement rouge et pâle; grognement, cris; pupilles dilatées; titubation; attaques éclamptiques.

Helleborus est indiqué par le regard fixe dans le vide, avec facies pâle et immobile; yeux à demi fermés, pupilles dilatées, fixées en haut ou en bas; grognement et cris; mâchonnement; pouls ralenti.

Arnica, à l'intérieur et à l'extérieur, serait indiqué dans le cas où il y aurait une cause traumatique.

Apis mellifera, médicament nouveau, est indiqué surtout par la clinique.

2e *période. Mercurius, arsenicum, iodium.*

Mercurius est indiqué par les symptômes suivants : plénitude de la tête, vertiges en se levant, en redressant la tête; obscurcissement de la vue, avec nausées et besoin de garder la position horizontale; somnolence, indifférence et tristesse; diminution des facultés intellectuelles; amblyopie, cécité; faiblesse et paralysie des membres; convulsions. Il existe une observation de guérison par *mercurius* précédé de *belladona*.

Arsenicum, médicament de l'hydrocéphalie symptomatique de l'abuminurie. Titubation, faiblesse de la vue, vertige, stupidité, hébétude, somnolence, coma vigil, convulsions, paralysie, sont les symptômes qui indiquent *arsenicum*.

Iodium est un médicament des hydropisies; il est indiqué par : diplopie, amblyopie et strabisme; marche chancelante et tressaillements convulsifs; convulsion et paralysie; coma. — Il peut être employé en injection; mais

à très-petites dose et sous forme d'*eau iodée*. Il y a quelques exemples de guérison. La *compression* de la tête peut être essayée, mais le plus souvent elle n'est pas supportée.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

Son véritable nom est méningite scrofuleuse. C'est en effet une affection symptomatique de la scrofule. Elle est caractérisée par l'inflammation des méninges de la base du cerveau, et *habituellement*, mais non toujours, par la formation de granulations dites tuberculeuses ; en sorte que la méningite tuberculeuse peut, dans certains cas, parcourir toutes ses périodes sans s'accompagner de tubercules.

Cette affection se présente sous trois formes bien distinctes : la *forme commune* ou régulière, la *forme fébrile* appelée aussi typhoïde, la *forme irrégulière*, incomplète ou latente.

Forme commune. — *Prodromes*. Ils sont fort importants à connaître ; car, si l'on arrive un jour à guérir cette terrible maladie, c'est surtout pendant cette période que le succès sera possible.

Parmi les prodromes, il y en a deux qui sont constants : la perte ou au moins la diminution de l'appétit et un amaigrissement qui atteint le corps et respecte la figure des malades. Les autres prodromes sont : la tristesse, la mélancolie, un caractère beaucoup plus caressant, des distractions, un sommeil troublé, des grincements de dents, des vertiges en se relevant de la posi-

tion couchée, une démarche titubante, la céphalalgie, des nausées, de la constipation. Quelquefois la maladie semble éclater, puis au bout de quelques jours tout se calme, et le début véritable ne se produit qu'après plusieurs mois.

1re *période : période apyrétique.* Elle se caractérise par une céphalalgie intense, quelquefois atroce, s'aggravant par le mouvement, le bruit et la lumière ; elle siége principalement au front; par des vomissements très-fréquents, bilieux et alimentaires ; car un certain degré d'appétit persiste quelquefois malgré les vomissements ; par une constipation invincible ; un pouls ralenti, vibrant, irrégulier, s'accélérant facilement ; un facies haineux et triste, avec le trait sourcillier bien marqué ; une respiration suspirieuse, oubliée; un sommeil agité la nuit avec tendance à la somnolence le jour. Cette période dure de un à deux septénaires.

2e *période.* Le passage à la seconde période est marqué par l'établissement de la somnolence. Le regard devient fixe et sans expression, les malades regardent dans le vide; la pupille devient oscillante ; il se produit un léger strabisme qui augmente les jours suivants. Quelques malades sont pris par instants d'un délire tranquille; de contractures à la nuque et aux mâchoires, plus tard aux extrémités; puis le pouls s'accélère et la peau prend une chaleur très-variable. Quelques jours s'écoulent encore et tous ces accidents s'accentuent, les malades sont dans un coma entremêlé de délire et quelquefois de cris; il y a des paralysies partielles des paupières, des pupilles, du pharynx, de la vessie surtout; la respiration s'accélère; le pouls est très-fréquent, petit, irrégulier; on observe des accès fébriles violents, pendant lesquels le pouls devient vibrant, la peau très-chaude, colorée, couverte de sueurs; la face présente une immo-

bilité effrayante, la tête renversée en arrière, les yeux entr'ouverts, la sclérotique injectée, la cornée troublée; le coma et les contractures deviennent plus générales; et les malades succombent asphyxiés. Les plus jeunes ont souvent un accès éclamptique terminal. Quelquefois la mort est précédée d'une rémission considérable, pendant laquelle les malades reprennent connaissance. Cette terminaison a lieu du 7e au 21e jour.

Dans certains cas, la durée de la maladie est beaucoup plus longue, parce que la première période se prolonge pendant des semaines. La mort n'arrive alors qu'après 40 et même 60 jours de maladie.

Nous devons signaler encore la marche intermittente des symptômes pendant la première période, marche intermittente qui a conduit à donner le sulfate de quinine, mais toujours sans succès.

Symptômes accessoires. Nous devons encore signaler commes signes diagnostiques : une langue humide et non saburrale; le ventre qui, loin de se ballonner, s'aplatit de jour en jour et se creuse en forme de bateau ; la rareté des douleurs abdominales, et les diarrhées ultimes. On a signalé comme des crises, des épistaxis, des sueurs abondantes, des éruptions herpétiques. Mais ces symptômes n'amènent aucune amélioration dans l'état des malades.

Forme fébrile ou typhoïde. — Elle débute par un mouvement fébrile modéré, avec langue saburrale et diarrhée, en sorte que l'on confond quelquefois cette terrible affection avec une fièvre typhoïde légère ; mais cependant le pouls déjà vibre et présente, aux différents moments de la journée, de grandes différences de fréquence. Le mal de tête est excessif, et les vomissements

ont une fréquence qu'on rencontre bien rarement dans la fièvre typhoïde.

Cette première période, d'apparence douteuse, se prolonge souvent jusqu'au 7e et 9e jour; puis tout à coup éclatent les symptômes cérébraux propres à la méningite de la base. Quelquefois c'est le strabisme ou la dilatation d'une pupille, ou un mot mis constamment pour un autre dans les réponses du malade qui viennent détruire la sécurité du médecin et lui révéler le véritable diagnostic. En même temps le pouls se ralentit; puis surviennent successivement la somnolence, les contractures, les paralysies, les accès fébriles, le collapsus et la mort comme dans la forme précédente.

Forme irrégulière ou latente. — Cette forme survient comme terminaison de la phthisie ou dans le cours d'une autre affection scrofuleuse; elle est plus fréquente chez les malades qui ont eu une pleurésie que chez les autres. L'évolution des symptômes est plus ou moins incomplète. La première période manque à peu près complétement; les malades sont pris de céphalalgie avec vomissements, et presque simultanément d'un délire tranquille, avec une certaine coordination des idées délirantes, comme dans l'aliénation; le strabisme, la dilatation de la pupille, les contractures et les paralysies multiples apparaissent sans autres symptômes précurseurs; d'autres fois tous les symptômes manquent, et l'affection ne se manifeste que par le genre de mort et les lésions cadavériques.

Nous n'avons point signalé de terminaison par la *guérison,* parce que cette terminaison nous semble problématique. Cependant les auteurs ont admis sa possibilité et ont signalé des guérisons précédées d'un écoulement séreux abondant par le nez, les yeux ou les oreilles. Ces faits n'ont pas entraîné notre conviction.

Mais, si la guérison définitive et absolue est un fait contestable, il y a des exemples authentiques de rémission considérable dans tous les symptômes, de guérisons temporaires avec paralysie ou idiotisme persistant; mais presque toujours après un nombre indéterminé de mois ou d'années, la maladie a récidivé et emporté le malade.

Lésions. La lésion principale siége à la base du cerveau. Le chiasma des nerfs optiques, la base du quatrième ventricule, le pont de Varole et la moelle allongée, les scissures de Sylvius sont recouverts d'une gelée tremblottante, sous laquelle on rencontre presque toujours des granulations grises et même des tubercules crus; très-rarement on rencontre du pus liquide, mais souvent des traînées ou des plaques de pus concret. Les ventricules renferment une quantité considérable d'un liquide qui ne contient ni albumine, ni pus, mais qui est quelquefois troublé par une dissolution *post mortem* des parois ventriculaires, et du *septum lucidum;* cet épanchement est caractéristique de la méningite scrofuleuse et lui a mérité le nom d'*hydrocéphale*. On rencontre habituellement des tubercules dans les autres organes et surtout dans les ganglions bronchiques et dans le poumon.

Étiologie. — Héréditaire comme toutes les affections scrofuleuses, la méningite de la base sévit plus particulièrement quand la phthisie et la folie se trouvent réunies chez les ascendants. Elle frappe quelquefois tous les enfants d'une famille; elle se développe surtout de quatre à sept ans entre les deux dentitions; elle reste fréquente jusqu'à quinze ans et devient rare chez l'adulte; elle atteint plus de garçons que de filles. Cette maladie est fréquente dans la classe riche et aisée; elle est plus rare chez les pauvres. Elle m'a paru résulter principalement

d'un régime trop tonique, surtout trop excitant, et d'études précoces chez des enfants scrofuleux. Le vin donné dans le but de fortifier la constitution a, dans plusieurs cas, eu une action évidente sur le développement de la maladie. Cette affection se développe en toutes *saisons* ; elle paraît plus fréquente au printemps, et les Européens transportés dans les pays chauds y sont très-exposés.

Traitement. — Camper conseille carrément l'expectation et regarde la méningite tuberculeuse comme absolument incurable. Rappelons-nous cependant que des autopsies ont montré les traces d'une première méningite guérie et que dans d'autres cas les malades succombent sans avoir présenté de granulations tuberculeuses. Dans ces conditions, la guérison n'est pas complétement impossible ; on doit donc la tenter. Les livres d'homœopathie confondent généralement la méningite de la base et celle de la convexité et conseillent à peu près les mêmes médicaments. C'est là une erreur radicale ; nous nous appuierons pour fixer nos indications uniquement sur les symptômes de l'inflammation de la base, si différents de ceux de la convexité.

Les deux médicaments qui ont le plus d'analogie avec l'ensemble des symptômes de la méningite tuberculeuse sont : *helleborus niger* et *digitalis*. *Helleborus niger* répond aux symptômes suivants : pouls très-lent, respiration ralentie, irrégulière, avec inspirations profondes ; pupilles tantôt dilatées, tantôt rétrécies ; facies immobile avec rapprochement des sourcils (trait cérébral) ; hémicrânie, douleur de la nuque, céphalalgie violente, qui oblige de rester tranquille, les yeux fermés ; difficulté de penser ; somnolence ; sommeil les yeux entr'ouverts ; roideur de la nuque ; contraction des mâ-

choires; tremblement des membres; nausées et vomissement continuels,

Digitalis comprend, comme prodrome, amaigrissement du corps à mesure que l'esprit se développe. Le pouls et la respiration se rapportent bien à la méningite tuberculeuse; pouls ralenti, irrégulier, s'accélérant facilement, surtout au moment de la mort; respiration difficile, lente, profonde. Voici maintenant les autres symptômes : strabisme avec diplopie et pupilles dilatées, contracture de la nuque, somnolence, coma avec vomissements violents et convulsions éclamptiques; vomissements *opiniâtres*, de bile et d'aliments; céphalalgie atroce; hémicrânie, douleur dans l'un des orbites.

Secale cornutum offre aussi un grand nombre de symptômes de la méningite de la base. Pouls ralenti jusqu'à 36; respiration suspirieuse ralentie jusqu'à 8 par minute; vomissements; céphalalgie; somnolence; contraction, convulsions; paralysie du pharynx et de la langue; facies hébété et triste.

Iodium et *kalihydriodicum* ont donné des guérisons au moins temporaires, Niemeyer administre l'iodure de potassium de manière à produire le coryza et l'éruption iodée; iodium offre un petit nombre de symptômes; mais ils sont très-caractéristiques; pouls lent s'accélérant au moindre mouvement : vomissements continuels et *très-opiniâtres*; *coma*; convulsions partielles, principalement de la face. J'ai eu un succès avec *iodium* (t. m.), une goutte pour 200 grammes d'eau, dans un cas tout à fait au début.

Conium maculatum, *cicuta virosa* pourront être essayés. Ils offrent aussi quelques symptômes des lésions de la base du cerveau. Pouls, respiration, pupilles, strabisme, contracture, etc., etc.

Sulfur a été recommandé par un grand nombre d'ho-

mœopathes, et on lui a attribué quelques succès; les symptômes qui peuvent faire choisir ce médicament sont très-peu caractérisés; le ralentissement du pouls et de la circulation est à peine indiqué, et le symptôme des yeux ne comprend que la dilatation de l'une des pupilles.

Zincum, plumbum, apis mellifera, gelseminum sempervirens ont encore été indiqués par plusieurs auteurs. *Veratrum*, préconisé par le Dr Desterne, ne m'a pas réussi.

Tartarus produit chez les animaux une inflammation des méninges de la base du cerveau; il pourrait donc être essayé dans la méningite tuberculeuse.

Apis mellifera a été conseillé par plusieurs médecins; j'ai obtenu avec lui une amélioration peu durable : la constipation a cessé, la céphalalgie a diminué; mais la marche de la maladie n'a point été arrêtée.

TUMEURS DU CERVEAU.

On a coutume de réunir dans un même chapitre l'histoire des tumeurs du cerveau, parce que ces affections présentent des symptômes communs en très-grand nombre et que toutes, à l'exception des tumeurs syphilitiques, sont absolument incurables.

Les tumeurs du cerveau sont dues à des localisations diathésiques, cachectiques ou à des entozoaires; ce sont des tubercules, des cancers, des exostoses ou des tumeurs syphilitiques, des *cysticerques* et des *échinocoques*; il faut ajouter les anévrysmes des artères cérébrales.

Le cancer se localise tantôt dans le cerveau, tantôt

dans la *dure mère*. Cette dernière espèce a été décrite sous le nom de *fongus de la dure mère;* elle présente, dans l'histoire de ses symptômes, la perforation de la voûte crânienne et l'issue de la tumeur à l'extérieur. Depuis les travaux récents d'anatomie pathologique, on a créé beaucoup de tumeurs nouvelles du cerveau; mais, dans un livre comme le nôtre, nous ne pouvons rapporter toutes ces opinions, par cette raison qu'elles sont très-discutables et qu'elles n'ont aucune valeur pratique. Le cancer du cerveau se développe surtout après 40 ans. Le tubercule du cerveau est fréquent dans l'enfance et souvent il se complique de méningite de la base.

Les symptômes communs aux tumeurs du cerveau sont une *céphalalgie* en un point fixe, des *vomissements* fréquents, des *paralysies* très-limitées et s'étendant progressivement à mesure que la maladie fait des progrès; des *impulsions* en avant, en arrière, des mouvements de manége quand la tumeur est située dans le cervelet, la protubérance ou les pédoncules; des *vertiges,* des *accès convulsifs* éclamptiformes, des *contractures*. Les malades périssent soit dans une attaque convulsive, soit plutôt dans un coma progressif.

Les *tumeurs syphilitiques* se reconnaissent par les antécédents, par des douleurs violentes, *nocturnes,* ostéocopes; par les symptômes concomitants.

Traitement. — Pour les tumeurs syphilitiques, c'est le traitement de la forme commune arrivée à la 3e période. — Pour les autres tumeurs, le traitement est palliatif, et les indications seront remplies par les médicaments de l'hémorrhagie cérébrale, de l'encéphalite et de la méningite.

MIGRAINE.

La migraine est une névrose caractérisée par une douleur violente, occupant principalement un des côtés de la tête ; accompagnée, dans son complet développement, de nausées et de vomissements ; revenant par accès irréguliers.

Cette affection peut être symptomatique de la goutte, des hémorrhoïdes, de la dartre, de la chlorose, de l'hystérie et de l'hypochondrie.

Elle présente trois formes à étudier : la *forme commune*, la *forme bénigne* et la *forme maligne*.

Forme commune. — Elle est caractérisée par sa marche : les accès deviennent de plus en plus fréquents ; les malades sont sujets à des céphalalgies entre les accès ; enfin ils tombent dans la migraine habituelle.

Symptômes précurseurs des accès. Sommeil troublé, rêves, cauchemars, somnolence diurne, anorexie nauséeuse, pesanteur et surtout point douloureux dans la tête, tristesse et irascibilité. D'autres fois la migraine débute sans symptômes précurseurs.

Début. La céphalalgie commence par un point et occupe bientôt tout un côté de la tête ; elle augmente très-rapidement ; elle est profonde, semblable à une douleur de meurtrissure, avec des élancements et des pulsations à chaque mouvement ; elle s'accompagne de frilosité et de nausées qui augmentent avec la céphalalgie ; la face est rouge ou pâle.

L'accès atteint bientôt sa période d'*état ;* la douleur est

martelante, pénétrante, excessive; elle occupe toute la tête; le malade est obligé de se coucher, il fuit le bruit et la lumière; il reste immobile et somnolent; la peau est chaude et la face rouge; le pouls quelquefois fébrile. A ce moment se montrent habituellement les vomissements; ils sont symptomatiques ou critiques. Dans ce dernier cas, ils terminent l'accès et annoncent la période de déclin; mais, quand ils sont symptomatiques ils sont nombreux, alimentaires, puis bilieux et séreux, s'accompagnant de douleurs atroces pendant les efforts qu'ils suscitent et suivis d'un calme relatif qui dure peu.

Période de déclin. La somnolence augmente, le malade a quelques instants de vrai sommeil qui le soulage; enfin, il s'endort véritablement, et l'accès est terminé. Au réveil il ne reste plus qu'un peu de pesanteur vertigineuse, qui habituellement se dissipe après le premier repas.

Accès avortés. Il arrive quelquefois qu'une émotion, une distraction forte, un repas, arrêtent la migraine à sa période d'augment.

Dans la *forme commune* les accès se rapprochent; ils viennent tous les mois, tous les quinze jours, puis toutes les semaines; dans l'intervalle des accès, le malade est sujet aux vertiges et aux pesanteurs douloureuses et nauséeuses de la tête; la migraine devient quotidienne; seulement les douleurs sont très-affaiblies, et les grands accès ne reviennent qu'à des époques éloignées. Les malades maigrissent et tombent dans une impressionnabilité nerveuse considérable; le travail intellectuel devient impossible. Cette maladie se prolonge ainsi des années. La guérison naturelle arrive souvent à l'âge du retour chez la femme, après 50 ans chez l'homme; alors les accès s'éloignent, la céphalalgie habituelle disparaît, et la guérison est complète; d'autres fois les malades sont enlevés

par une maladie accidentelle, et plus particulièrement par une hémorrhagie cérébrale ou méningée.

Forme bénigne. — Se dit de la maladie et non de l'accès, qui peut être aussi violent que dans la forme commune. Les accès surviennent irrégulièrement à époque éloignée et n'ont aucune tendance à se rapprocher; ils se manifestent presque toujours à l'occasion d'une cause occasionnelle évidente. Ce sont dans le sens du mot des *migraines accidentelles*.

Forme maligne. — Accès atroces très-prolongés, devenant bientôt habituels, la douleur se prolonge dans la moelle épinière, dans les plexus, puis dans les nerfs des membres. Arrivée à ce point, la forme maligne détermine l'amaigrissement et un état cachectique véritable; elle alterne avec l'aliénation et d'autres névroses, en particulier des anorexies complètes, absolues, ou des gastralgies; elle finit par amener la mort.

Étiologie. — C'est une maladie héréditaire, propre à l'âge adulte, exceptionnelle chez l'enfant et le vieillard. La migraine essentielle est plus fréquente chez l'homme; la femme est surtout sujette à la migraine hystérique et chlorotique.

C'est la maladie des riches, des hommes de lettres, des savants et des preneurs de café.

Les *causes occasionnelles* les plus fréquentes sont un changement dans l'heure des repas ou du lever, une course à la campagne, une privation de sommeil, une contrariété.

Traitement. — *Sanguinaria canadensis* est le médicament principal; il correspond à l'hémicrânie violente, s'amélio-

rant au lit et par le sommeil, accompagné de *vomissements bilieux* d'odontalgie, d'otalgie, de douleurs dans les membres, d'élancements électriques dans la tête et de frissons.

Nux vomica répond aux mêmes symptômes, mais surtout quand la migraine commence dès le matin, au réveil, et s'annonce par des vertiges; quand la douleur s'aggrave après les repas.

Veratrum. Lorsque les douleurs sont portées jusqu'au délire, et surtout quand elles s'accompagnent de froid et de sueurs froides, d'un état lipothymique, d'urines claires et abondantes.

Calcarea carbonica dans la migraine avec éructations fréquentes, avec sentiment de froid.

Belladona, coffea, pulsatilla, sepia, gelseminum semper virens ont encore donné quelques succès.

Les médicaments se prescrivent à la 12e et à la 30e dilution après l'accès. En général, pendant l'accès, les médicaments aggravent la douleur. *Coffea* et *Belladona* cependant la diminuent quelquefois.

VERTIGE.

Le vertige est un symptôme commun à un grand nombre de maladies. Mais il peut exister isolément et constituer une névrose, dont le *mal de mer* est le type.

Cette maladie essentiellement caractérisée par un sentiment de tournoiement, tantôt simplement intérieur, tantôt extérieur, s'accompagne d'un état nauséeux; et, à un degré plus élevé, de vomissements, de diarrhées et de sueurs froides, d'un accablement profond avec indiffé-

rence à tout et d'un état lipothymique. Si le malade est debout, il chancèle, s'accroche aux objets environnants et quelquefois tombe par terre. Les objets semblent tourner tantôt horizontalement, tantôt verticalement; la terre semble s'entr'ouvrir et des abîmes se creuser sous les pieds du malade. Couché, le lit se balance et semble tourner. La tendance au vomissement augmente, aussitôt que le malade cherche à se soulever. Cette petite maladie cesse habituellement avec la cause qui l'a produite : en descendant de voiture, en mettant pied à terre; quand elle vient sans causes extérieures, elle peut se prolonger plusieurs jours.

Etiologie. — Le mouvement d'un navire, d'une voiture, de la balançoire, de la valse ; la vue de la neige qui tombe, d'une eau courante, de rayures, ou de barres qui se succèdent, sont les causes occasionnelles du vertige.

Traitement. — *Tabacum* est le médicament principal; il offre le tableau complet de la maladie et réussit presque infailliblement. J'emploie la 6e dilution en gouttes.

Silicea vient ensuite, surtout si le vertige semble remonter de la nuque.

Nux vomica, vertige du matin, augmentant par le coucher sur le dos et après le repas.

Mercurius, lachesis, spigelia, cocculus pourraient encore être conseillés.

AFFECTIONS

DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

ET DE SES MEMBRANES

Nous décrirons successivement l'*hémorrhagie méningée*, la *méningite spinale*, les *congestions* de la moelle, l'*hémorrhagie de la moelle*, la *myélite*, le *spina bifida* et les *tumeurs* de la moelle épinière.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE

RACHIDIENNE.

Cette affection est presque toujours symptomatique. On l'observe chez les *nouveau-nés* à la suite d'accouchements laborieux; après des lésions traumatiques de la colonne vertébrale. Les symptômes qui l'accompagnent sont peu caractérisés dans le premier cas; dans le second ils sont plus ou moins marqués et mélangés à ceux de la compression et de la déchirure de la moelle elle-même.

L'hémorrhagie méningée-rachidienne peut survenir en dehors de ces circonstances et constituer alors une affection plus caractérisée. Le sang s'épanche dans l'espace sous-arachnoïdien, s'accumule de bas en haut, et produit des symptômes bien accusés. C'est d'abord une douleur plus ou moins vive dans la colonne vertébrale, douleur s'irradiant quelquefois dans les membres; des contractures des extrémités, puis de petites convulsions par *secousses douloureuses*, ressemblant à de gros frissons.

La fièvre fait défaut; tant que l'hémorrhagie n'atteint pas la partie supérieure de la moelle, la respiration et la circulation ne sont pas troublées, et la vie n'est pas immédiatement menacée; mais, si l'épanchement de sang continue à se faire, la compression de la moelle allongée et du bulbe détermine l'inégalité de la respiration et du pouls; quelquefois des convulsions générales, et dans tous les cas une mort rapide.

L'ÉTIOLOGIE de cette maladie est fort obscure.

Le TRAITEMENT demande principalement *aconitum* et *arnica*. On pourrait alterner les deux médicaments. *Lachesis, belladona, secale cornutum,* pourront être consultés.

MÉNINGITE RACHIDIENNE.

Cette affection se développe ordinairement comme complication dans le *mal de Pott,* ou comme extension de la méningite cérébrale. Elle peut cependant constituer une maladie essentielle. La lésion siége alors dans la *pie-mère* et est très-généralisée. Au début, frissons et mouvement fébrile très-marqués. *Douleur* le long du rachis, se propageant dans les membres, s'aggravant très-notablement par le mouvement. Les efforts de miction et de défécation réveillent aussi des douleurs dans la vessie, le rectum et la colonne vertébrale. Après la douleur, le symptôme principal est une convulsion tonique générale, revenant par accès, un véritable opisthotonos, qui ne se distingue du tétanos que par la marche de la maladie;

l'absence du trismus au début; et aussi parce que les accès sont provoqués par les mouvements de la colonne vertébrale. On a noté encore une hyperesthésie générale qui rend le moindre contact extrêmement douloureux.

Cette maladie se termine habituellement par la *mort* très-rapidement. Cette terminaison est produite comme dans le tétanos, par la contraction trop prolongée des muscles respirateurs. Quelques auteurs prétendent que lorsque la maladie se prolonge, elle se termine par une *paraplégie;* le fait n'est pas démontré.

Cette maladie peut guérir.

Le TRAITEMENT demande au début *belladona,* puis ensuite les médicaments indiqués au chapitre du *tétanos.*

CONGESTION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Sous ce titre on a décrit des *paraplégies* subites et passagères, et même des *paraplégies* progressives et durables, survenant dans le cours ou à la suite d'autres maladies. Nous ne trouvons point dans ces faits des éléments suffisants pour constater une espèce morbide. C'est pourquoi nous nous contenterons de cette mention.

HÉMORRHAGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

C'est une maladie très-rare; ses symptômes sont assez caractéristiques. Les prodromes, qui ont souvent une durée

de plusieurs jours, consistent dans des douleurs rachidiennes plus ou moins intenses; une douleur occupant la base de la poitrine en forme de ceinture; d'autres fois il n'y a point de prodromes, et le malade tombe tout à coup frappé de paralysie avec conservation entière de l'intelligence. Cette paralysie s'accompagne d'une douleur intense dans le point de la moelle déchirée par l'épanchement. Les symptômes et la terminaison varient suivant le siége de l'épanchement; quand la partie supérieure de la moelle est atteinte, soit primitivement, soit par extension de l'hémorrhagie, soit par le développement ultérieur d'une myélite; la vie est rapidement compromise, et la mort a lieu par asphyxie et par syncope. L'hémorrhagie de la moelle allongée entraîne habituellement la mort subite.

La guérison est possible; elle a été démontrée par des lésions annonçant la résolution d'un foyer apoplectique. Cette guérison se fait par le même mécanisme que dans l'hémorrhagie du cerveau.

Etiologie. — La maladie est survenue quelquefois à la suite d'efforts violents.

Traitement. — *Arnica* et *belladona* sont les deux principaux médicaments.

MYÉLITE.

Cette affection est caractérisée par l'inflammation circonscrite de la moelle épinière; elle peut se développer autour d'une tumeur et surtout au voisinage d'une carie

vertébrale; elle survient encore comme accident consécutif d'une fièvre typhoïde, d'une fièvre éruptive; ou comme complication d'une lésion traumatique; enfin elle peut constituer une maladie essentielle.

Sous le nom de myélite on a confondu des affections très-diverses, et, entre autres, des *paraplégies* et des *ataxies locomotrices*. Nous ne décrirons provisoirement que la myélite à marche aiguë.

Elle débute brusquement par un mouvement fébrile intense, et quelquefois par une perte subite de connaissance. Le symptôme principal est la *contracture*. Cette contracture occupe principalement les muscles du tronc; mais tôt ou tard elle s'étend aux muscles des membres. Les muscles de la mâchoire sont toujours atteints dès le début. Elle n'est pas absolument continue dans sa marche, mais présente des rémissions et des aggravations; elle s'accompagne de secousses convulsives comme le tétanos. Quand les malades ont leur connaissance, ils accusent une *douleur* en un point circonscrit de la colonne vertébrale; si la lésion occupe un point élevé de la moelle épinière, la respiration et la circulation deviennent irrégulières. Les auteurs ont noté, dans un cas, du délire, des grincements de dents, de l'hydrophobie.

La maladie devient mortelle en quelques jours et présente vers la fin des symptômes de paralysie de la vessie, du rectum et des membres inférieurs.

Le TRAITEMENT de cette maladie est encore à faire. L'ensemble des symptômes indique les mêmes médicaments que dans le tétanos.

SPINA BIFIDA

OU HYDRORACHIS.

C'est un vice de conformation caractérisé par une division osseuse du rachis, division par laquelle s'échappent les enveloppes de la moelle, et une quantité notable du liquide encéphalo-rachidien. La moelle épinière peut entrer dans la formation de la tumeur; ces cas sont plus graves. Le spina bifida, souvent lié à l'hydrocéphalie, est une affection toujours congénitale, mais qui est souvent peu marquée les premiers jours de la naissance. Un homme arrivé à l'âge de 32 ans prétendit avoir constaté le début de la maladie seulement à l'âge de 13 ans. Le spina bifida se présente sous la forme d'une ou de plusieurs tumeurs de volumes variables, ayant pour caractère d'être fluctuantes, réductibles, et de présenter des mouvements alternatifs d'extension et de retrait correspondant aux mouvements respiratoires. Quand on réduit ces tumeurs on sent l'écartement des lames vertébrales, on produit toujours un trouble cérébral, et quelquefois des convulsions éclamptiformes. Le spina bifida est habituellement situé aux lombes, mais il peut occuper tous les points de la colonne vertébrale. La tumeur peut être grosse comme un petit œuf; elle peut descendre jusque sur les talons des malades; elle est ou non pédiculée; souvent elle est transparente.

Quand la lésion est très-étendue, les enfants périssent avant de naître, ou dans les premiers jours de leur naissance. A un degré un peu moindre, cette maladie se complique de pieds bots, de paraplégies incompatibles avec la vie. Dans d'autres cas, au contraire, les enfants peuvent

vivre avec l'hydrorachis; mais le spina bifida, compatible avec la vie, ne reste stationnaire que dans des cas très-exceptionnels; presque toujours il s'accroît progressivement, la peau s'amincit, s'ulcère, le liquide s'écoule au dehors, la tumeur s'affaisse et les malades périssent dans les convulsions. Cependant la guérison peut suivre l'évacuation spontanée du spina bifida.

Jusqu'ici le TRAITEMENT du spina bifida est resté purement chirurgical; il consiste à faire une ponction avec un trocart extrêmement fin, à retirer une partie du liquide qu'on remplace par de l'*eau iodée*. La tumeur et la petite piqûre seront ensuite recouvertes d'une couche épaisse de *collodion*. Cette méthode a donné quelques cas de guérison; mais il faut savoir qu'elle peut être l'occasion d'accidents graves et même mortels.

TUMEURS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Le *cancer* développé dans la moelle épinière ou dans ses membranes; des *tubercules*, des *cysticerques*, des *échinocoques*, constituent les tumeurs de la moelle épinière. Ces lésions produisent des symptômes très-divers, suivant les points de la moelle où elles se localisent. Elles aboutissent toujours à la paralysie précédée ou non de contractures, suivant que ces tumeurs ont ou n'ont pas déterminé une myélite. La marche de ces paralysies est progressive. Toutes ces tumeurs sont essentiellement incurables.

AFFECTIONS DES NERFS

Nous décrirons seulement la *névrite,* le *névrome* et les *névralgies.*

NÉVRITE.

C'est une affection caractérisée par l'inflammation des membranes et du tissu nerveux lui-même.

La névrite se développe habituellement à la suite d'une contusion, d'une déchirure, d'une piqûre d'un nerf; ou par l'extension d'une phlegmasie voisine, comme la névrite intercostale dans la pleurésie; elle complique aussi les tumeurs situées sur le trajet des nerfs; elle se développe peut-être spontanément.

La *névrite* est caractérisée par une douleur sur le trajet du nerf malade. Cette douleur, qui a la plus grande analogie avec la névralgie, augmente même par une pression faite sur une large surface; elle n'a pas de *points* douloureux comme la névralgie. Si le nerf est superficiel, on sent un cordon douloureux et quelquefois la peau rougit au niveau du nerf malade. Si l'inflammation est considérable, elle peut amener la destruction du tissu nerveux et par conséquent une anesthésie et une paralysie incurable.

Lorsque la névrite est la suite d'une lésion traumatique, il faut songer à *arnica,* puis à *conium.* – Pour le reste

du traitement, il faudra consulter ce que nous dirons à propos de chaque névralgie en particulier.

NÉVROMES.

On donne ce nom à des tumeurs du névrilème. Ces tumeurs sont formées de tissu conjonctif. Elles varient du volume d'un grain de mil à celui du poing; elles sont uniques ou multiples; elles ont de la tendance à se reproduire. Les névromes se développent principalement sur les nerfs spinaux, mais ils siégent aussi quelquefois sur les nerfs céphaliques et sur le grand sympathique.

Les nevromes constituent une affection excessivement douloureuse; la douleur s'irradie suivant le trajet des nerfs, vers la périphérie; elles sont spontanées; mais le moindre contact les exaspère à un très-haut degré; elles s'accompagnent d'anesthésie et quelquefois de paralysie. Ces tumeurs oblongues, d'une dureté élastique, mobiles seulement latéralement, se développent très-lentement et restent longtemps stationnaires. Elles sont complétement incurables et l'extirpation constitue leur seul *traitement*.

NÉVRALGIES.

Les névralgies forment un genre important de la classe des *névroses*. Elles sont caractérisées par une douleur ayant son siége sur le trajet d'un nerf; et présentant sur des points déterminés une acuité considérable disséminée par points circonscrits. Ces affections sont presque toujours symptomatiques de la *goutte*, des *hémorrhoïdes*, de la

dartre, de la *chorose*, de l'*hystérie*, de la *syphilis*, du *cancer*, ou de l'*empoisonnement saturnin*. Elle constitue une forme de la fièvre intermittente, la *fièvre larvée*. Les *tumeurs* qui compriment les filets nerveux s'accompagnent presque toujours de douleurs névralgiques.

Les auteurs ont distingué deux formes principales de névralgies : *névralgie continue* et *névralgie intermittente*. Il faut y ajouter une *forme grave*, appelée *épileptiforme ;* mais nous reviendrons sur ces divisions à propos de chaque espèce de névralgie.

Symptômes communs à toutes névralgies. – Douleur. Elle est continue avec exacerbation irrégulière sous forme d'élancements qui suivent le trajet des nerfs du centre vers la périphérie. Dans des cas très-rares la douleur suit une direction inverse d'où on a fait des névralgies ascendantes. Cette douleur présente dans un ou plusieurs points du trajet des nerfs de *véritables foyers* d'où partent les élancements douloureux, et ces foyers sont extrêmement douloureux à la pression directe exercée avec l'extrémité du doigt. Au contraire, une pression sur une large surface soulage habituellement la douleur névralgique. Ces foyers douloureux existent surtout au point d'émergence du nerf; à l'endroit où il traverse une aponévrose ou un muscle pour se rapprocher de la peau ; enfin au point où il s'épanouit dans les téguments. La pression des apophyses épineuses correspondantes à la région de la moelle qui donne naissance au nerf atteint de névralgie est extrêmement douloureuse. La douleur est presque constamment augmentée par un mouvement de la partie malade. Quand la névralgie est intense elle détermine dans la partie malade des troubles de la circulation et de la nutrition dont nous reparlerons : congestions, sécrétions augmentées, atrophie, ou accumulation graisseuse. La douleur névralgique s'accompagne presque

constamment d'une *anesthésie* de la partie de la peau où se distribuent les nerfs malades. Quelquefois elle détermine des convulsions et des contractures dans les muscles de la même région.

Les *névralgies* se divisent naturellement d'après leur siége anatomique en sept espèces : 1° *névralgie trifaciale*, 2° *névralgie cervico-occipitale*, 3° *névralgie brachiale*, 4° *névralgie dorso-intercostale*, 5° *névralgie lombo-abdominale*, 6° *névralgie crurale*, 7° *névralgie sciatique*. Chacune de ces espèces présente plusieurs *variétés* de siége.

Névralgie trifaciale.

Elle peut être localisée et occuper principalement le nerf sus-orbitaire, le sous-orbitaire, ou le maxillaire inférieur; beaucoup plus rarement la branche nasale ou la temporale. La névralgie occupe quelquefois les petits filets qui accompagnent le *nerf facial*, ce qui a fait croire assez longtemps que ce nerf lui-même était douloureux. Indépendamment de ces différences, suivant le siége, qui sont secondaires, elle présente quatre formes : *forme bénigne, forme commune, forme grave* et *forme intermittente*. Cette dernière forme constitue de beaucoup l'expression la plus fréquente de la *fièvre larvée*.

Forme commune. — Elle est caractérisée par une durée de plusieurs semaines et par les caractères communs à toute névralgie. Les *points* douloureux sont principalement le trou sus-orbitaire, le sous-orbitaire et le mentonnier; plus rarement on constate un point *palpébral*, à la paupière supérieure; un point *nasal*, à la partie supérieure du nez; un point *alvéolaire, labial, palatin, lingual, pariétal*, enfin un point *temporal*, qui est le plus fréquent de tous.

Quand la névralgie siége dans le rameau sus-orbitaire, elle détermine la rougeur de la conjonctive et le larmoiement. Dans le nerf sous-orbitaire et surtout mentonnier, elle s'accompagne de salivation. Indépendamment des *causes* communes à toute névralgie, celle-ci présente, comme cause particulière, un *refroidissement* et la *carie* dentaire. On a fait remarquer que l'émergence des trois principales branches du nerf trifacial à travers des canaux très-étroits était une condition anatomique fâcheuse et qui expliquait la grande fréquence de ces névralgies.

Forme bénigne. — Elle se distingue parce qu'elle est essentiellement passagère ; excitée par une cause évidente et disparaissant sans retour dans un temps souvent très-court.

Forme grave. — Connue généralement sous le nom de *tic douloureux*, elle constitue une des maladies les plus cruelles de tout le cadre nosologique ; elle est caractérisée par des douleurs lancinantes excessivement aiguës, éclatant subitement, ayant une durée très-courte, de quelques secondes à une ou deux minutes. Ces accès, qui s'accompagnent souvent de contraction brusque des muscles de la face, reviennent à des intervalles très-inégaux, quelquefois seulement deux ou trois fois en vingt-quatre heures, d'autres fois, cent fois dans le même temps. Dans l'intervalle des accès les malades ressentent une sorte d'engourdissement, une douleur sourde, à peine marquée.

Les malades atteints de cette névralgie sont pris tout à coup de leurs accès, soit en mangeant, soit en parlant. Aussitôt leur figure se contracte, ils saisissent la partie douloureuse et la frictionnent violemment ; puis, au bout de quelques secondes, l'accès cesse et ils reprennent le repas ou la conversation interrompus.

Dans les mauvais jours, les accès naissent spontanément même dans le repos de la nuit, et au milieu du sommeil qu'ils interrompent plus ou moins fréquemment. Les malades prennent l'habitude de parler sans remuer les lèvres pour ne pas provoquer d'accès, ils se privent de manger, et à force de frotter et de presser la partie malade, ils aplatissent le côté de la face et détruisent plus ou moins le système pileux.

Cette forme de maladie est très-souvent incurable; elle se prolonge pendant de nombreuses années, laissant aux malades, de temps à autre, quelques mois de repos; la violence des douleurs, la privation de sommeil et de nourriture jettent les malades dans l'amaigrissement et amènent une sorte de cachexie. Beaucoup tombent dans une mélancolie profonde et quelques-uns finissent par le suicide.

Traitement. — Dans la *forme commune*, les médicaments principaux sont *nux vomica, belladona, spigelia, chamomilla, china, colocynthis, pulsatilla, phosphorus*, et *verbascum*.

Nux vomica est le médicament principal dans la *névralgie intermittente* dépendant d'une *fièvre larvée;* s'il échouait, il faudrait donner le sulfate de quinine à haute dose.

Nux vomica correspond à la névralgie sus-orbitaire, s'aggravant le matin, et dans la position couchée; sensation de froid dans la partie malade, larmoiement et rougeur de la conjonctive.

Belladona. Douleur très-violente principalement dans le nerf sus-obitaire; rougeur, et quelquefois gonflement de la face; douleur excitée par l'attouchement le plus léger.

Chamomilla. Douleur avec grande excitation; rougeur

d'une joue, pleurs, cris, exaspération. Empiriquement je me suis souvent bien trouvé de l'alternance de *chamomilla* et *belladona*, à la 3e dilution, en gouttes.

Spigelia est indiqué principalement par les douleurs de l'œil qui est comme arraché ou enfoncé dans l'orbite, par les douleurs du pourtour de l'orbite, aggravation par le moindre attouchement, grande angoisse de cœur.

China est un médicament caractérisé aussi par une aggravation par le moindre attouchement, douleur très-violente la nuit.

Colocynthis. Douleur qui augmente surtout par le mouvement de la partie malade, et aussi par l'attouchement, douleur à crier.

Pulsatilla. Douleur plus forte le soir, mais principalement névralgie chlorotique; consulter encore *platina, phosphorus, stramonium*. *Verbascum* en teinture mère, a souvent réussi au Dr Cretin; ce médicament doit être continué avec persévérance; ses symptômes sont les suivants : douleur par éclairs, par le moindre mouvement, en serrant les dents, en les touchant avec la langue; face rouge, rapports acides.

Dans la *forme grave* les principaux médicaments sont *thuya* et *coccus cacti* alternés, *mezereum*, *kali chloricum, zincum, phosphorus*.

J'ai obtenu quelques guérisons avec *thuya* et *coccus cacti* alternés quelquefois. Je suis descendu à la 3e dilution, en gouttes. Alterner une cuillerée toutes les deux, quatre ou six heures, suivant l'intensité des douleurs.

Mezereum. Accès subit de douleur par le mouvement pour parler ou pour manger, surtout en mangeant chaud; salivation, roideur des muscles masticateurs.

Kali carbonicum. Eclairs de douleur par le moindre mouvement de la partie malade avec tremblement des muscles, forte pulsation des artères temporales, aggra-

vation par les acides, névralgie due à des affections morales.

Zincum. Même douleur que les précédentes; de plus, douleur se prolongeant à l'occiput, œil rétracté dans l'orbite, paupière bleuâtre, langue engourdie, salivation.

Phosphorus, qui a aussi pour caractère douleur excitée par le mouvement des parties malades, m'a donné un succès dans un cas récent. Je l'ai administré à la 24e et à la 12e, puis à la 6e dilution. Il avait été précédé de *belladona* qui avait produit une amélioration subite mais peu durable.

Névralgie cervico-occipitale.

Elle siége dans les branches postérieures des quatre premières paires cervicales et en particulier dans le grand nerf occipital. Elle est caractérisée par une douleur sourde habituelle occupant l'occiput et la nuque, d'un seul côté; s'irradiant dans le cou, vers la tête, jusque dans la région frontale, et quelquefois dans l'oreille. Elle présente cinq points principaux : le *point occipital*, entre l'apophyse mastoïde et les apophyses épineuses; le *point cervical superficiel* au niveau même des apophyses épineuses; le *point pariétal* commun avec la névralgie trifaciale; le *point mastoïdien*, et le *point auriculaire* sur la conque de l'oreille.

Cette névralgie n'est pas très-fréquente, elle est quelquefois liée à la névralgie trifaciale.

Traitement. — La clinique nous fournit peu de renseignements sur le traitement de cette névralgie et nous sommes obligé de renvoyer au chapitre précédent pour le choix des médicaments.

Névralgie cervico-brachiale.

Elle a son siége dans le plexus formé par les quatre dernières paires cervicales et par la première paire dorsale, et dans les branches sensitives qui en émanent. Elle peut occuper l'ensemble des nerfs du bras, ou être limitée à une des branches : névralgie radiale, cubitale, etc. Cette névralgie est assez fréquente ; elle s'accompagne habituellement d'un sentiment d'engourdissement très-marqué dans les doigts. Comme toutes les névralgies elle peut s'exaspérer par le mouvement ; mais d'autres fois elle s'aggrave la nuit, à la chaleur du lit et pendant le repos. Elle présente les *points* suivants : un *point axillaire,* un point entre l'olécrâne et le condyle interne de l'humérus ; un *point cubital,* au-dessus de la main un *point radial,* dans l'endroit où le nerf de ce nom contourne le radius, un autre point encore au bas du radius, et des *points digitaux.*

Traitement. — Indépendamment des renseignements qu'on trouvera au traitement de la névralgie trifaciale, nous signalerons : *arsenicum* chez les herpétiques, dans les douleurs qui s'aggravent la nuit avec une grande anxiété, douleurs soulagées par les applications chaudes et par le mouvement de la partie malade ; douleurs brûlantes ; quelquefois sentiment de froid dans la partie malade ; — sentiment d'angoisses et de lipothymie qui fait désirer d'être couché.

Bryonia. Douleur aggravée par le mouvement, disparaissant par un repos complet ; douleur par la pression.

Rhus toxicodendron. Douleur dans le repos, la nuit au lit, avec sentiment de fièvre dans la partie malade.

Mercurius. Aggravation nocturne et à la chaleur du lit ;

douleur qui oblige à changer de place constamment; amélioration le matin; le lit et le repos font du bien à ce moment.

Nux vomica. Douleur avec sentiment de torpeur et d'engourdissement; douleur qui force à changer de place, s'aggravant surtout le matin au lit et forçant à se lever.

Pulsatilla. Douleur avec sentiment de torpeur et d'engourdissement, douleur avec frisson, frilosité et pâleur de la face; douleur s'ggravant au commencement du mouvement; douleur dans le repos, après un exercice prolongé; le soir, amélioration par le changement de place, par la promenade au grand air.

Sulfur. Aggravation par le froid, par le repos, en restant debout; par le changement de temps; amélioration par le chaud, par le mouvement de la partie affectée.

J'ai guéri un malade qui souffrait cruellement la nuit et dans le repos, avec *veratrum* (3e dilution).

Névralgie intercostale.

Elle siége principalement dans les sixième, septième et huitième nerfs intercostaux et plutôt du côté gauche; elle est très-fréquente surtout chez la femme, où elle se montre si souvent comme un symptôme de l'*hystérie* et de la *chlorose*. Ces malades qui souffrent en même temps de palpitations croient souvent être atteintes de maladies du cœur.

La douleur augmente habituellement par la respiration, et dans les cas où elle est très-vive, elle détermine une véritable dyspnée. La *pleurodynie* n'est autre chose qu'une violente névralgie intercostale. Dans le *zona*, la douleur précède souvent l'éruption de plusieurs jours et se continue encore longtemps après. Cette névralgie présente trois points principaux : le *dorsal*, au niveau des vertèbres

épineuses, suivant Trousseau; un *point latéral*, au milieu de l'espace intercostal : il répond à la bifurcation du nerf; un *point sternal* ou *épigastrique* à l'épanouissement du nerf dans la peau.

Traitement. — Nous recommandons plus particulièrement *bryonia* et *pulsatilla*. Ces deux médicaments conviennent contre la douleur de côté qui s'exaspère par la respiration, la toux, les mouvements. *Bryonia* convient mieux si la douleur se calme en se couchant sur le côté malade, et *pulsatilla* quand la douleur se calme toutes les fois que le malade a pris une nouvelle position.

Névralgie lombo-abdominale.

Elle siége dans les cinq paires lombaires, dont les filets cutanés se distribuent en *arrière* à la peau des lombes, ou du siége; en avant, à la peau de l'abdomen et des parties génitales. Cette névralgie peut occuper exclusivement une des branches antérieures. Quand c'est la branche *ilio-scrotale*, elle constitue ce qu'on a appelé le *testicule douloureux*. Quand, chez les femmes, elle se prolonge jusqu'à l'utérus, elle simule quelquefois les maladies de cet organe, c'est la névralgie *utéro-lombaire* : on la reconnaît au *point utérin*, situé sur l'un des côtés du col, point très-circonscrit et très-douloureux à la pression. Les autres points sont le *point lombaire* : le *point iliaque*, un peu au-dessus du milieu de la crête iliaque; le *point hypogastrique*, un peu en dedans de l'épine iliaque, antérieure et supérieure; quelques points au *scrotum* ou aux *grandes lèvres*.

Traitement. — La douleur *testiculaire* et celle du *scrotum* demandent principalement *clematis erecta*.

Névralgie sciatique.

Elle siége sur les rameaux sensitifs du plexus sciatique, formé par les 4e et 5e paires lombaires, par la 1re et la 2e paire sacrée.

Cette névralgie est une des plus importantes par sa fréquence et par sa gravité. Elle présente les trois formes que nous avons décrites à propos de la névralgie trifaciale ; mais la *forme grave* est excessivement rare, si on veut en distinguer les douleurs fulgurantes de l'*ataxie locomotrice*. Cette forme grave, sur laquelle nous ne voulons pas revenir, est caractérisée par des éclairs de douleur accompagnée d'une contraction involontaire des muscles de la partie malade, éclairs de douleur séparés par des intervalles pendant lesquels la douleur disparaît complétement. Cette forme est extrêmement opiniâtre et d'une durée indéfinie.

La *sciatique* de forme commune se développe très-fréquemment à l'occasion d'un froid humide. Elle est caractérisée par une douleur sourde occupant les diverses parties du nerf sciatique et de son plexus ; douleurs sourdes entrecoupées d'élancements extrêmement douloureux qui s'irradient habituellement de haut en bas, quelquefois de bas en haut. Cette névralgie s'accompagne d'engourdissement, d'un sentiment de froid, souvent d'une sensation de constriction et de crampe. Tantôt elle augmente au moindre mouvement et cesse pendant le repos; tantôt, au contraire, elle est plus intense au lit et force les malades à remuer continuellement les membres et même à se lever. Quelquefois la douleur, très-vive au début du mouvement, disparaît par une marche prolongée.

La sciatique se développe graduellement et atteint peu

à peu son apogée; elle est très-opiniâtre et se prolonge pendant des semaines et des mois; dans ce cas, elle s'accompagne d'une atrophie du membre malade et d'un degré marqué d'anesthésie. La guérison s'opère graduellement et par des progrès presque insensibles.

Au point de vue de la thérapeutique, il ne faut pas oublier qu'il existe une *sciatique bénigne,* c'est-à-dire qui dure tout au plus quelques jours. Les points principaux sont : le *point lombaire,* immédiatement au-dessus du sacrum; le *point sacro-iliaque,* un peu au devant de l'épine iliaque postérieure et supérieure; l'*iliaque,* vers le milieu de la crête iliaque; le *trochantérien,* vers le bord postérieur du grand trochanter; le *fémoral supérieur, moyen* et *inférieur,* sur le trajet du sciatique; le *rotulien,* le *péronier,* au niveau de la tête du péroné; le *malléolaire* externe, le *dorsal* du pied et le plantaire externe.

Traitement. — Nous renvoyons au traitement de la névralgie brachiale. Nous ajouterons seulement que nous avons obtenu de fort beaux résultats de *bryonia.* 2e et 1re trituration, même dans des cas chroniques et avec atrophie du membre. *Arsenicum* et *nux vomica* sont les deux autres médicaments qui nous ont donné le plus de succès. *Colocynthis,* indiqué plus généralement, convient surtout quand la douleur est crampoïde et que le malade éprouve la sensation d'une constriction autour de la hanche. *Plumbum* m'a réussi dans un cas entièrement rebelle. Je l'ai employé à la 12e et à la 30e dilution.

Névralgie crurale.

Elle est très-rare; elle siége sur le nerf crural; mais la douleur se porte principalement à la région antérieure

de la cuisse, le long de la veine saphène; elle se propage à la partie antérieure et interne de la jambe jusqu'à la malléole interne; elle peut se propager au *nerf obturateur*. La douleur se propage alors à la face interne de la cuisse et excite quelquefois la contraction des muscles adducteurs.

Traitement. — La clinique n'indique rien de particulier, et il faudra consulter les divers médicaments indiqués pour les autres névralgies.

MALADIES ET AFFECTIONS

DES

ORGANES DE LA DIGESTION

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA BOUCHE

STOMATITE.

Les inflammations de la bouche sont extrêmement fréquentes dans le cours des maladies. J. Davasse a fort bien décrit la stomatite symptomatique des maladies fébriles : rougeur et enduit pultacé des gencives; rougeur de la muqueuse buccale; enduits prétendus bilieux et saburraux de la langue; douleur plus ou moins vive ; chaleur de la cavité buccale, salivation ou sécheresse, tels sont les principaux symptômes de l'inflammation de la bouche. Cette affection se montre encore comme symptôme de divers empoisonnements par des substances âcres et corrosives; elle est l'affection la plus caractéristique des intoxications mercurielles; enfin, elle constitue un accident fréquent de la dentition.

La *stomatite essentielle* revêt deux formes : la *stomatite bénigne* ou *érythémateuse* et la *stomatite ulcéreuse,* qui elle-même présente deux degrés : l'*aphthe* et la *stomatite ulcéreuse proprement dite*. Le *muguet,* bien que s'accompagnant toujours de l'inflammation de la muqueuse buc-

cale, constitue une espèce morbide distincte; il en est de même de la *gangrène*.

La FORME ÉRYTHÉMATEUSE survient presque toujours à la suite d'une cause occasionnelle évidente, aliments trop épicés, abus de la fumée de tabac, lésions traumatiques diverses. Elle ne présente pas d'autres symptômes que ceux que nous avons énumérés plus haut, et nous n'insisterons pas davantage sur son histoire.

STOMATITE ULCÉREUSE. APHTHE. — Autrefois on confondait sous le nom d'*aphthe* la plupart des affections de la bouche; aujourd'hui l'histoire du muguet et de la stomatite ulcéreuse a permis de préciser et de limiter le domaine de l'*aphthe*. Cette affection, quand elle ne constitue pas le degré le plus bénin de la stomatite ulcéreuse, survient à titre de symptôme ou de crise dans les fièvres continues ou dans des maladies constitutionnelles : la goutte et la dartre.

Le début de la maladie est souvent marqué par du malaise et un mouvement fébrile qui a été très-peu étudié; puis l'affection locale débute par une vésicule ayant pour base une papule très-rouge et marquée à son centre d'un point plus sombre. La vésicule s'élargit, se crève et laisse échapper un liquide blanchâtre et bientôt puriforme. L'ulcération succède à la rupture de la vésicule; elle est arrondie; ses bords rouges et tuméfiés sont taillés à pic; le fond de l'ulcère est grisâtre; mais elle ne présente jamais d'induration, ce qui la distingue du chancre syphilitique. La salivation est un symptôme habituel de l'aphthe. La *fétidité*, au contraire, est un symptôme rare.

L'aphthe est rarement isolé, il occupe la face interne de la lèvre inférieure, l'intérieur des joues, l'isthme du gosier, le bord libre des gencives chez les enfants qui

n'ont pas encore de dents, le frein de la langue, l'extrémité de cet organe et le sillon gengivo-buccal, où il affecte une forme allongée.

La marche de cette maladie est rapide et régulière; l'aphthe naît, se développe et se cicatrise dans l'espace d'un septénaire; une éruption nouvelle peut prolonger la durée de la maladie, qui est toujours fort courte. Les aphthes qui se prolongent pendant des semaines et des mois sont des aphthes symptomatiques.

Stomatite ulcéreuse proprement dite. — La place de cette maladie dans le cadre nosologique est encore aujourd'hui contestée. Confondue avec le scorbut, la diphthérie et la gangrène, la stomatite ulcéreuse a vu sa description et son pronostic varier avec les idées différentes que l'on s'est faites sur sa nature. Parmi tous les noms qu'elle a portés et qu'elle porte encore, nous avons choisi celui de *stomatite ulcéreuse,* parce que l'ulcération est la lésion pathognomonique de cette maladie; et parce que c'est le moyen de la séparer nettement et de la gangrène et de la diphthérie.

Habituellement après quelques jours de malaise, l'affection locale se montre d'abord sur les gencives, qui deviennent boursouflées, d'un rouge sombre, et saignantes; en même temps, elle se recouvre d'un enduit pultacé, grisâtre, analogue à celui qui accompagne toutes les stomatites. La bouche est chaude, la muqueuse présente une rougeur uniforme, la salivation est augmentée, et les ganglions sous-maxillaires, déjà tuméfiés, sont légèrement douloureux au toucher. Les ulcérations se produisent ensuite; elles sont précédées de l'apparition de plaques jaunâtres très-légèrement saillantes, qui se rapprochent, se réunissent, et constituent des plaques plus grandes. A l'inverse de l'enduit pultacé du début,

ces plaques sont très-adhérentes ; si on les enlève, on trouve l'épithélium détruit, la muqueuse excoriée, saignante. On discute encore pour savoir si c'est là une fausse membrane, ou une eschare ; toujours est-il que bientôt une véritable ulcération remplace cette lésion et sépare ainsi nettement la stomatite ulcéreuse de la diphthérie, dans laquelle il n'y a jamais d'ulcération. D'après M. Bergeron, l'ulcération débuterait toujours par la gencive des incisives de la mâchoire inférieure, quand il existe des ulcérations pariétales, elles sont limitées à un seul côté. L'ulcération varie d'aspect avec son siége : à la gencive, c'est un mélange de pus, de sang et de tartre ; à la face interne des lèvres et des joues, c'est un ulcère arrondi, à bords rouges, violacés, saignants et mous, à fond inégal, déprimé, tantôt gris-jaunâtre, tantôt rouge et saignant. Dans le pli gengivo-buccal, l'ulcération affecte une forme très-allongée. Ces ulcérations s'accompagnent d'une odeur de gangrène, d'une salivation visqueuse abondante, et de la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. Quelquefois les parties molles des joues ou des lèvres correspondant à une ulcération profonde, se gonflent, deviennent œdématiées et pourraient faire craindre la gangrène, mais le toucher permet de constater la mollesse des tissus et l'absence de ces noyaux d'induration si caractéristiques dans la gangrène.

Cette maladie, abandonnée à elle-même, marche lentement ; les ulcérations envahissent les joues, le voile du palais et les amygdales. Elle peut alors durer des semaines. Chez les enfants épuisés, cachectiques et dans les hôpitaux, elle peut, d'après Taupin, devenir le point de départ d'une véritable gangrène de la bouche. Dans les autres circonstances, elle se termine toujours par la guérison, et jamais Rilliet et Barthez n'ont observé de connexion entre cette maladie et la diphthérie.

Étiologie. — La stomatite ulcéreuse est une maladie contagieuse et inoculable. C'est une maladie de caserne et d'hôpitaux. L'encombrement, les privations, les mauvaises conditions hygiéniques, favorisent son développement ; elle est rare dans la première enfance et pendant l'allaitement. Le printemps et l'automne sont les saisons dans lesquelles on observe le plus de cas ; elle est épidémique ou sporadique.

Traitement. — *Borax, mercurius, nitri acidum, natrum muriaticum, iodium, carbo vegetabilis, nux vomica* sont les médicaments qui correspondent à l'inflammation de la membrane muqueuse de la bouche et à ses ulcérations.

Borax correspond à la rougeur, à la chaleur et à la douleur de la membrane muqueuse ; la membrane muqueuse du palais est comme plissée ; les aphthes siégent dans la bouche et à la langue ; ils sont saignants. La clinique a confirmé que *borax* était le médicament de la stomatite érythémateuse et de l'aphthe. Il faut l'administrer à la 2e trituration : 25 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Mercurius est le médicament principal des stomatites, comme le démontre l'histoire des salivations mercurielles ; — dépôt pultacé sur les gencives, qui sont saignantes, ramollies, décollées ; ulcération des gencives, de la muqueuse, des lèvres et des joues ; gonflement de la langue ; salivation visqueuse, abondante, fétide.

Le *mercure* est le médicament principal du 2° degré de la stomatite ulcéreuse. On doit préférer le *sublimé* aux autres sels de mercure ; employer au début la 3e trituration administrée comme le *borax*, mais surveiller son emploi, et à la moindre aggravation prescrire des globules de la 30e dilution, administrés de la même manière.

Nitri acidum est après le mercure le médicament le plus important ; il correspond à l'ulcération et à l'hémorrhagie des gencives, aux ulcérations de la membrane muqueuse, à la salivation fétide. Ce qui caractérise davantage ce médicament, c'est la douleur lancinante extrêmement vive ; le défaut de ramollissement des gencives, une salivation et surtout une putridité moindre. Ce médicament s'administrera comme *mercurius;* on se trouvera quelquefois très-bien de l'administrer après lui. *Natrum muriaticum, iodium* et *carbo vegetabilis* viennent ensuite avec des caractères beaucoup moins marqués et sans que la clinique ait pu jusqu'ici fixer leurs indications.

Nux vomica a aussi été indiqué contre la stomatite ulcéreuse.

On se trouve très-bien de toucher les ulcérations avec la glycérine boratée ; 2 grammes de borax pour 30 grammes de glycérine. Le meilleur collutoire est le lait, que l'on fait séjourner dans la bouche le plus longtemps possible.

GLOSSITE.

La glossite est l'inflammation du parenchyme de la langue. C'est bien plus souvent une affection symptomatique d'un empoisonnement ou la suite d'une lésion traumatique qu'une maladie essentielle développée spontanément. Quant à la glossite superficielle, nous en avons dit quelques mots à propos de la stomatite, dans l'histoire de laquelle elle rentre tout naturellement.

La glossite symptomatique a été observée dans le cours

des fièvres typhoïdes et pendant la variole ; dans ce cas elle se termine quelquefois par une destruction partielle de l'organe. Les piqûres d'insectes venimeux ou de serpent, la cantharide, la peau du crapaud, ont déterminé des glossites intenses; le tabac, le daphné mezereum employés en gargarisme ont aussi produit cette affection.

La *glossite essentielle* se développe habituellement sans cause externe appréciable ; d'autres fois c'est à l'occasion d'une brûlure ou d'un déchirement de l'organe. L'irritation causée par la présence d'un fragment de dent est une cause occasionnelle fréquente.

Le *début* de la maladie est brusque, et l'affection locale ouvre la marche des symptômes quand la maladie est déterminée par le traumatisme. Dans les cas où elle se développe spontanément, un mouvement fébrile très-caractérisé existe dès le début. La douleur est habituellement peu intense, et le gonflement rapide et excessif de la langue constitue le symptôme principal.

Dans la période d'état, la langue, horriblement tuméfiée, ne peut plus être contenue dans la bouche ; elle pend au dehors de plusieurs travers de doigt. Comprimée par les dents, elle est d'un rouge sombre, livide et bientôt tout à fait noire.

On comprend que la phonation et la déglutition deviennent impossibles. Mais un accident autrement grave, c'est la difficulté de la respiration et l'asphyxie qui en est la suite. Le gonflement de la base de la langue s'oppose à l'entrée de l'air ; de là des efforts d'inspiration, la coloration rouge, livide, bleuâtre, la tuméfaction de la face et des lèvres, une anxiété considérable, puis une véritable somnolence, et enfin la mort si l'art n'intervient pas promptement.

Lorsqu'un abcès se développe dans l'épaisseur de la langue, l'œdème qui entoure toute suppuration se pro-

page à la glotte et devient encore une cause d'asphyxie.

On a signalé des cas de glossites dans lesquelles l'inflammation restait bornée à une moitié de la langue.

La marche de cette maladie est continue et extrêmement rapide; on a observé des suffocations mortelles après vingt-quatre heures. La terminaison par abcès se fait dans le cours d'un septénaire, et ces abcès occupent de préférence la base de la langue.

Quant à la gangrène, nous croyons qu'elle ne s'observe que dans la glossite symptomatique des fièvres graves.

Traitement. — Les venins : *apis, lachesis, vipera torva,* constituent les médicaments principaux ; on les administre à la 3e dilution, une cuillerée toutes les deux heures. *Arsenicum* vient ensuite, même dose, même mode d'administration. *Carbo vegetabilis* quand il y a menace d'asphyxie; mais dans ce cas il ne faut pas hésiter à *scarifier* profondément l'organe malade. Cette opération amènera un dégagement très-rapide de la langue. Si elle ne suffisait pas et que l'asphyxie fût imminente, il faudrait pratiquer la *trachéotomie*.

MUGUET.

Au point de vue de l'histoire naturelle le muguet (oïdium albicans) est un cryptogame qui se développe sur les muqueuses à épithélium pavimenteux, dans la période de cachexie de toutes les maladies ; c'est une *moisissure* qui se produit dans un organisme épuisé ; c'est un commencement de décomposition et un avant-coureur certain de la mort.

En nosologie, on donne le nom de *muguet* à une maladie essentielle propre aux *nouveau-nés*, caractérisée par l'inflammation de la muqueuse digestive et par la production sur cette muqueuse de l'*oïdium albicans*; le siége principal de la lésion est dans la bouche.

Le muguet présente deux formes à étudier: la *forme bénigne* et la *forme commune*.

La FORME BÉNIGNE est caractérisée par l'absence de symptômes généraux; toute la maladie se passe sur la membrane muqueuse buccale; elle cède facilement au traitement et guérit toujours.

Le premier symptôme est la rougeur de la langue, la chaleur de la bouche, une douleur qui va quelquefois jusqu'à empêcher l'enfant de teter.

Dès le second jour, apparaissent sur les papilles gonflées de la langue les premiers grains de muguet; blanchâtres, arrondis, demi-transparents, isolés, comparables à des grains de millet. Ils deviennent rapidement d'un blanc semblable à celui du lait caillé, gros, irréguliers, confluents. La lésion se montre alors sous forme de petites masses; elle envahit la face interne des lèvres, les gencives, la voûte palatine, le pharynx, s'étend plus ou moins, et forme des couches d'épaisseur variable. Elle est surtout abondante sur la langue. Le siége de la lésion est en dehors de l'épithélium (Ch. Robin, Seux). Ce produit morbide est assez adhérent; si on l'enlève, on produit quelquefois un léger écoulement de sang. Au-dessous la langue est rouge, lisse et polie.

Les autres symptômes de la forme bénigne sont la douleur, la difficulté de prendre le sein, le mâchonnement; et quelquefois un peu de diarrhée verdâtre.

Les *circonstances étiologiques* qui favorisent le développement de cette forme du muguet sont principalement les

efforts de succion nécessités par la mauvaise conformation des mamelons ; l'usage de bouts de seins artificiels ; la contagion par les *mucédinées*.

La FORME COMMUNE est une maladie très-grave et qui, dans les hospices de nouveau-nés, est mortelle 20 fois sur 22 (Valleix). Elle est caractérisée non-seulement par l'affection locale que nous venons de décrire, mais encore par des symptômes généraux fort importants.

La maladie débute très-souvent par un érythème des fesses, auquel vient se joindre une diarrhée verdâtre plus ou moins abondante. Quelques jours plus tard, apparaît l'affection buccale, accompagnée d'un mouvement fébrile peu intense. Tous ces symptômes vont ensuite croissant pendant plusieurs jours. L'affection locale, bien plus étendue que dans la forme bénigne, envahit toute la bouche et rend l'allaitement extrêmement difficile ; l'insomnie, l'agitation, l'amaigrissement rapide, une fièvre intense, des vomissements, une diarrhée verdâtre très-abondante, l'accroissement de l'érythème et son extension aux cuisses, aux mollets et aux talons, l'apparition d'ulcérations plus ou moins profondes, de bulles de pemphigus, constituent les symptômes de la période d'état ; puis, très-rapidement, quand la maladie doit se terminer par la mort, la fièvre tombe ; le refroidissement se produit, les évacuations diminuent, le facies devient cadavéreux, la respiration s'accélère, devient froide ; l'asphyxie se prononce, et les enfants succombent.

Si la maladie doit se terminer par la guérison, les symptômes diminuent peu à peu ; l'affection buccale s'améliore, la diarrhée décroît, l'allaitement redevient possible, l'érythème disparaît et la convalescence s'établit.

Indépendamment de l'affection buccale et de l'affection cutanée, on trouve pour lésions l'inflammation et le ra-

mollissement de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin; l'engouement et l'hépatisation pulmonaires; quelquefois des signes de méningite. L'oïdium s'arrêterait toujours au cardia, d'après Trousseau.

Etiologie. — L'étude des circonstances qui produisent le muguet est aujourd'hui très-complète. C'est une maladie des nouveau-nés, très-rare après le 2e mois, sévissant surtout en été, et atteignant exclusivement les enfants soumis à un allaitement artificiel et ceux que l'on fait manger. La maladie est contagieuse et inoculable au moyen des spores de l'oïdium. Le régime nosocomial est, sinon une cause de muguet, au moins une circonstance qui rend la maladie extrêmement grave. L'acidité de la salive, proclamée par Gubler comme la condition de la production du muguet, est physiologique chez tous les enfants.

Traitement. — Deux médicaments constituent la médication du muguet : *mercurius* et *arsenicum*.

Mercurius au début; il est indiqué par la stomatite, par l'enduit blanc de la langue et aussi par la diarrhée verte; par l'érythème de l'anus, des fesses et des membres inférieurs, enfin par les ulcérations qui se développent sur la peau malade. La 3e trituration du *mercurius corrosivus* sera préférable pour le début, sauf à élever la dilution si la 3e est insuffisante.

Arsenicum convient à un degré plus avancé de la maladie et correspond à un état plus grave: amaigrissement considérable, tendance au refroidissement et à l'asphyxie, angoisse, agitation ou abattement extrême; diarrhée abondante, érythème et ulcération de la peau. Ce médicament correspond très-peu à l'affection buccale; il doit être administré avec précaution parce qu'il produit sou-

vent des aggravations dans l'état cachectique et chez les enfants. Il convient de débuter par la 12e dilution en globules, une cuillerée toutes les trois heures ; on descendra ou on élèvera la dilution suivant l'effet produit.

Carbo vegetabilis, 30e dilution, pourrait être essayé si *arsenicum* n'avait rien produit.

Le traitement local est fort peu important ; Valleix le considère comme tout à fait secondaire, et il recommande de ne pas enlever l'oïdium. On pourra appliquer localement, à l'aide d'un pinceau de charpie, le médicament prescrit à l'intérieur. On pourrait employer une solution de *mercurius corrosivus* au 10,000e pour un badigeonnage pratiqué trois fois en vingt-quatre heures et en prenant soin d'enlever l'excédant du médicament à l'aide d'un gros pinceau de charpie imbibé d'eau.

La glycérine boratée pourrait aussi être essayée.

Quant aux soins que réclame l'érythème, nous recommandons l'emploi d'une bouillie épaisse, de préférence aux corps gras généralement préconisés.

GANGRÈNE DE LA BOUCHE.

Nous décrivons sous ce nom une affection caractérisée par la mortification de toute l'épaisseur des parois buccales. C'est le *charbon* des joues et des lèvres ; les Hollandais désignent encore cette affection par la très-mauvaise expression de *cancer aqueux*.

Etiologie. — Cette affection est surtout fréquente de 3 à 5 ans ; elle survient chez les enfants épuisés par des maladies antécédentes et soumis à de mauvaises conditions hy-

giéniques; chez les malades des grandes villes et des hôpitaux; elle est plus fréquente dans les pays froids et humides. Les médecins allemands ont voulu en faire une *affection scorbutique,* mais il n'existe aucun signe du scorbut coïncidant avec cette affection.

C'est surtout dans le cours et à la fin de la *rougeole* qu'on observe la gangrène de la bouche. On l'observe encore après la *fièvre typhoïde,* la *scarlatine,* la *variole,* la *pneumonie,* la *phthisie,* la *coqueluche,* la *diphthérie.* On en a cité des exemples pendant la *fièvre intermittente.* Le traitement par le calomel a une influence très-directe sur sa production.

On a omis de rechercher les rapports de la gangrène de la bouche avec le *diabète.* Je ne connais pas d'observations de *gangrène essentielle* de la bouche; cependant Richter admet son existence.

La gangrène de la bouche débute donc habituellement pendant le cours ou à la fin d'une maladie. Le symptôme le plus apparent est un gonflement mou, pâle, avec œdème, principalement des paupières. Très-souvent ce gonflement est lui-même précédé d'une ulcération grisâtre, développée dans le sillon gengivo-buccal, sur les parois des joues ou de la lèvre inférieure; en même temps l'haleine devient fétide, gangréneuse. Les petits malades conservent leurs forces, leur appétit et sont sans fièvre, à moins que la maladie concomitante ne détermine un état opposé.

L'affection marche plus ou moins rapidement; du 3e au 7e jour, le gonflement mou présente une induration caractéristique. La membrane muqueuse, largement ulcérée, laisse échapper un détritus noirâtre plus ou moins abondant; la peau violacée présente vers le centre de la tumeur un point noirâtre, quelquefois recouvert d'une phlyctène. Cette eschare s'agrandit rapidement, s'étend

à une partie plus ou moins grande de la joue et même du cou. Les tissus mortifiés s'échappent par la bouche et par l'extérieur ; la joue ou la lèvre se perfore ; les dents déjà déchaussées jaunissent et tombent ; les os maxillaires se nécrosent, et une vaste excavation occupe une moitié de la face. Cependant la soif est très-grande et la fréquence du pouls augmente. Dans la dernière période, les forces tombent, l'amaigrissement est considérable, la diarrhée habituelle ; l'appétit persiste jusqu'à la fin, à moins qu'il ne survienne une complication fébrile. La plus fréquente de toutes est la *pneumonie*. L'*hémorrhagie* est un accident très-rare, et la mort arrive par la diminution successive des forces du 8e au 18e jour. La gangrène se manifeste quelquefois dans d'autres points, soit de l'autre côté de la face, soit, ce qui est plus fréquent, à la vulve.

La maladie se termine quelquefois par la guérison, dans la première période ou après la chute de l'eschare cutanée. Dans le premier cas, l'ulcération interne se déterge et se cicatrise en même temps que le gonflement œdémateux diminue graduellement. Quand la guérison a lieu après la chute de l'eschare cutanée, il y a une cicatrisation longue, difficile, avec séparation de séquestre et difformité persistante habituellement très-considérable. Telle est la marche et l'ensemble des symptômes de la gangrène de la bouche ; on voit qu'elle se distingue des affections analogues par l'induration du tissu cellulaire et par l'ulcération gangréneuse de la membrane muqueuse. Son *pronostic* est excessivement grave.

Le TRAITEMENT de la gangrène de la bouche dans l'école allopathique est principalement externe. Chaque médecin a son topique et ne croit pas la guérison possible sans son emploi. L'*acide hydro-chlorique* et l'*acide acétique*, le

beurre d'antimoine, le *nitrate d'argent,* le *nitrate acide de mercure,* la *potasse caustique* et principalement le *fer rouge* ont été employés comme caustiques. Remarquons qu'il y a des cas de guérison par tous ces moyens et peut-être un aussi grand nombre sans caustique, et que par conséquent la question n'est pas tranchée cliniquement. Pour nous, le meilleur topique est *arsenic* (2e *trituration*), et la difficulté de son application, quand la gangrène est encore limitée à la muqueuse, est la seule raison qui nous fasse préférer le *fer rouge* à la première période de la maladie.

Les médicaments principaux indiqués contre la gangrène de la bouche sont : *mercurius, arsenicum, lachesis* et *china.*

Le *calomel* est le sel mercuriel préférable. On a vu que son usage avait une action évidente sur le développement de l'affection gangréneuse ; mais c'est surtout en déterminant l'inflammation et l'ulcération de la membrane muqueuse qu'il agit ; il produit un accident commun à la gangrène et à la stomatite, l'ulcération ; les autres circonstances étiologiques font le reste. Aussi ce médicament est-il indiqué au début et par les symptômes suivants : ulcération phagédénique, avec fond grisâtre, bords rouges ; salivation sanguinolente et horriblement fétide ; gonflement *mou* de la joue et des lèvres.

L'*arsenicum* et le *lachesis* sont les deux médicaments principaux de la gangrène. Ce dernier est surtout indiqué par un gonflement énorme de la face, avec rougeur érysipélateuse. *Arsenicum* correspond à un gonflement plus dur, plus circonscrit, pâle ou livide ; les deux médicaments correspondent à la stomatite, avec ulcération de la bouche ; à la salivation fétide ou brunâtre ; à la soif, à la chute des forces.

On badigeonne l'ulcération de la membrane muqueuse

avec la 2e dilution d'arsenic. On répétera ce pansement toutes les deux heures. La plaie extérieure, quand l'eschare cutanée sera tombée, sera recouverte, soir et matin, d'arsenic à la 2e trituration. Quand la gangrène sera arrêtée, on remplacera la 2e trituration par la 3e, qui est moins caustique. Les autres médicaments *apis, china, carbo vegetabilis* ne sont employés que si le traitement ci-dessus avait échoué. Il faut alimenter les enfants, aérer leur chambre et lotionner la plaie à chaque pansement avec de l'*eau phéniquée*, au 1,000e, afin de la désinfecter.

HÉMORRHAGIE BUCCALE.

L'hémorrhagie buccale, quand elle n'est pas de cause traumatique, est toujours symptomatique : le scorbut, le purpura hœmorrhagica, l'hémophilie, le déplacement des règles, sont les maladies dans lesquelles on peut observer l'hémorrhagie buccale. Nous avons observé chez des goutteux et chez des hystériques un suintement sanguinolent de la muqueuse buccale, suintement qui se faisait surtout la nuit, s'échappait pendant le sommeil et maculait l'oreiller. P. Frank a beaucoup insisté sur les hémorrhagies buccales survenues à la suite de la rupture de tumeurs variqueuses ; nous n'avons jamais rencontré cette variété.

La seule hémorrhagie buccale qui doive nous arrêter un instant est celle qui succède à l'*avulsion d'une dent*. Cette hémorrhagie, quelquefois très-rebelle, pourrait, si on ne l'arrêtait pas, déterminer des accidents très-inquiétants. On prescrit d'abord l'arnica 1 gramme de teinture mère dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures; l'arnica en teinture en gargarisme. Si

l'hémorrhagie résiste à ces moyens il faut appliquer de l'amadou ou de la charpie imbibée de perchlorure de fer liquide et enfin recourir à l'oblitération de l'alvéole, soit à l'aide de la cire, soit à l'aide de la *gutta-percha* ramollie.

SIALORRHÉE.

La sialorrhée essentielle des auteurs modernes est constamment une affection symptomatique de l'hystérie, de la goutte, de l'hypochondrie, ou dans quelques cas rares, une affection critique succédant à un œdème ou à une perte sanguine habituelle. C'est surtout pendant leur jeunesse et à l'âge critique que les hystériques sont sujettes à la sialorrhée. Existe-t-il une sialorrhée véritablement essentielle? Je n'en connais pas d'observations.

Cette affection est caractérisée par un suintement continuel de salive la nuit et le jour; ce suintement gêne la phonation, la mastication et le sommeil; elle devient une cause de dépérissement; la salive présente une plus grande proportion de matière animale; elle serait toujours alcaline d'après Tanquerel des Planches.

Il faut se garder dans la recherche du médicament de choisir ceux qui conviennent à la salivation par stomatite comme le mercure, ici il s'agit d'une salivation sans stomatite.

Pulsatilla est le médicament principal, flux de salive, douceâtre; l'état nauséeux avec salivation est caractéristique de ce médicament.

Euphorbium convient pour le flux énorme d'une *salive salée*.

Sulfur afflux de salive *acide* et *amère*.

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA GORGE

ANGINE.

L'angine est la phlegmasie de l'arrière-gorge. Elle occupe en totalité ou en partie les amygdales, les piliers, le voile du palais, le pharynx et la base de la langue.

L'angine présente trois formes à étudier : la *forme bénigne*, qui comprend la forme érythémateuse, pultacée et herpétique des auteurs, la *forme commune* ou *phlegmoneuse*, la *forme gangréneuse*.

L'arrière-gorge est le siége d'inflammation dans un grand nombre de maladies. Ces inflammations, qui doivent être distinguées avec soin de l'angine essentielle, peuvent se grouper ainsi :

1° Localisation constitutionnelle diathésique et cachectique : angines *syphilitique, scrofuleuse, goutteuse, rhumatismale, granuleuse* ou *herpétique, scorbutique*.

2° Fièvres : angines *scarlatineuse, morbilleuse, varioleuse, typhoïde, intermittente*.

3° Phlegmasie : angines *érysipélateuse, membrano-ulcéreuse, aphtheuse, catarrhale*.

4° Classe intermédiaire aux phlegmasies et aux fièvres : *angine diphthéritique* ou *couenneuse*.

Forme bénigne. — *Angine érythémateuse*. Cette forme de l'angine présente plusieurs variétés. Dans son degré le plus simple elle se caractérise par la rougeur de l'isthme du gosier, de la douleur en avalant, un peu de malaise et de courbature. La douleur se propage souvent à l'oreille moyenne ; elle s'accompagne d'une grande sécheresse de

la gorge. Toute la maladie est terminée en vingt-quatre heures. C'est l'*angine érythémateuse* des auteurs.

Angine pultacée. A un degré plus avancé, la maladie s'annonce par un mouvement fébrile intense, céphalalgie et courbature très-marquée, rougeur et douleur de l'isthme du gosier, gonflement notable des amygdales : la douleur augmente par la déglutition, surtout par celle de la salive, elle se propage à l'une des oreilles, quelquefois aux deux. Le deuxième jour le mouvement fébrile est très-intense, le pouls plein et fréquent, la peau halitueuse, la douleur de la gorge est plus marquée. Si on examine directement les parties malades, on trouve l'arrière-gorge très-rouge, les amygdales gonflées, la luette souvent œdématiée ; puis sur l'une ou l'autre des amygdales, habituellement sur les deux, des fausses membranes blanches, épaisses, peu adhérentes, déposées par îlots irréguliers. Les amygdales sont panachées de blanc. Les ganglions sous-maxillaires sont à peine gonflés et douloureux, et c'est là le grand caractère distinctif de l'angine pultacée et de l'angine diphthéritique.

Le 3e jour habituellement la fièvre tombe, les fausses membranes se détachent et la guérison est complète le 4e jour.

Angine herpétique. Dans une autre variété, les amygdales deviennent le siége, au second ou au troisième jour de la maladie, d'une éruption d'herpès qui se reproduit habituellement sur les lèvres, sur la face, aux parties génitales ou sur les parties latérales du cou.

Le début brusque et intense du mouvement fébrile ; la simultanéité des lésions sur les deux amygdales ; l'absence de gonflement des ganglions sous-maxillaires ; l'aspect de la fausse membrane, enfin la présence fréquente de l'herpès cutané, sont les signes diagnostiques différentiels de

l'angine bénigne et de l'angine symptomatique de la diphthérie.

Forme commune ou phlegmoneuse. — Cette forme de l'angine revêt toutes les allures d'une maladie violente. Elle débute par une fièvre suivie d'un mouvement fébrile intense et accompagnée d'un sentiment douloureux dans un côté de la gorge, sentiment douloureux qui augmente d'heure en heure.

La marche de la maladie est continue, rapide, et les symptômes vont sans cesse en augmentant jusqu'au moment de l'ouverture de l'abcès, moment où la maladie cesse pour ainsi dire brusquement, à moins qu'elle ne passe de l'autre côté de la gorge.

Dès le 2e jour de la maladie on peut constater le gonflement considérable de l'une des amygdales, gonflement perceptible à l'intérieur et à l'extérieur. Très-souvent les parties enflammées sont recouvertes d'un enduit pultacé. Le mouvement fébrile est très-intense; le pouls plein, fréquent; le malaise extrême. Le 3e et le 4e jour, le gonflement de l'amygdale s'accroît; l'inflammation se propage au voile du palais, à la bouche, aux muscles de la mâchoire, d'où naissent de nouveaux symptômes : voix nasonnée; déglutition douloureuse, difficile, avec retour des liquides par les fosses nasales; occlusion plus ou moins complète des mâchoires, salivation abondante, enduit des gencives et de la langue, si souvent pris, encore de nos jours, pour le signe d'un état saburral.

Le mouvement fébrile, l'agitation, l'anxiété, la douleur, le gonflement, s'accroissent jusqu'au moment où l'abcès se crève et se vide par la bouche. Cette terminaison a lieu le plus souvent le 7e jour, quelquefois avant, quelquefois seulement le 9e jour. Alors tout est terminé et le malade passe presque sans transition d'un état très-grave en ap-

parence à la santé, à moins toutefois que l'amygdale du côté opposé ne se prenne à son tour, auquel cas, la maladie recommence et suit à peu près la même marche.

Le siége unilatéral de la lésion, le gonflement douloureux de l'amygdale perceptible sous l'angle de la mâchoire, le dépôt pultacé, pourraient faire confondre l'angine phlegmoneuse avec l'angine couenneuse. Mais le retour des boissons par le nez, l'occlusion des mâchoires et principalement l'aspect du produit pultacé suffisent pour éviter la confusion entre une maladie très-grave et une autre qui se termine constamment par la guérison.

Angine gangréneuse ou maligne. — Cette forme a été nettement distinguée par Trousseau. Dans les auteurs, elle est confondue avec la diphthérie et avec les gangrènes symptomatiques.

L'angine gangréneuse débute d'une manière insidieuse et présente, comme toutes les maladies malignes, un désaccord entre tous les symptômes. Une faiblesse allant jusqu'à la prostration; un grand malaise, de l'anxiété, avec un mouvement fébrile insignifiant, et une affection locale peu marquée, signalent le début de la maladie. Puis des eschares grises, noirâtres, accompagnées d'une exécrable fétidité, apparaissent sur l'une des amygdales; les symptômes d'adynamie se prononcent de plus en plus; la tendance aux lipothymies; le refroidissement de la peau; la lenteur ou la fréquence extrême du pouls, sa faiblesse; la dyspnée, annoncent une terminaison prochaine. La gangrène s'étend; des phlébites superficielles ont été observées; la mort est la terminaison presque fatale de la maladie. Il y a cependant quelques observations de guérison; les forces se relèvent, les eschares se détachent, et une convalescence longue et difficile ramène le malade à la santé.

Les inflammations symptomatiques de la gorge sont décrites en partie avec les maladies dont elles constituent un des symptômes, les autres ont une importance pratique tellement restreinte que nous ne leur consacrerons pas de description spéciale. Nous ferons toutefois une exception pour l'*angine granuleuse* et l'*hypertrophie* des *amygdales*, que nous décrirons dans deux chapitres séparés.

Traitement. — L'*angine bénigne* réclame l'emploi de trois médicaments : *belladona, solubilis* et *lachesis*. — Je les prescris à la 3e dilution ou trituration, 3 gouttes ou 15 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Quand la difficulté d'avaler est extrême, je prescris une potion plus concentrée : 60 gr. par exemple, et j'administre des cuillerées à café.

Belladona est indiquée par la rougeur, la douleur et la *sécheresse* de l'arrière-gorge ; par l'extension de la douleur à l'*oreille*. Ce médicament suffit au traitement de l'angine érythémateuse.

Solubilis est le médicament principal de l'angine pultacée et herpétique. Le *dépôt blanchâtre*, la *salivation abondante*, la *gengivite*, indiquent spécialement ce médicament, qu'on alterne avec *belladona* s'il existe une douleur d'oreille.

Lachesis est indiqué quand la douleur diminue en avalant des solides ou des corps demi-solides ; il correspond aussi au dépôt pultacé.

Angine phlegmoneuse. Nous n'avons qu'un petit nombre d'observations authentiques de phlegmon de la gorge arrêté par le traitement homœopathique et guéris avant la suppuration.

Le traitement indiqué précédemment soulage les malades et diminue l'intensité des symptômes. Il faut ajouter *baryta carbonica*, qui, alterné avec *solubilis*, pro-

duit le meilleur effet dans le traitement de cette maladie. *Belladona* 30e a, dans un cas, réussi à arrêter la maladie; *hepar sulfuris*, 5 centigrammes de la substance, a réussi dans un autre cas.

ANGINE GLANDULEUSE.

L'inflammation chronique du pharynx avec hypertrophie des glandules de la membrane muqueuse est une affection morbide très-commune et le plus habituellement symptomatique de la *dartre*, des *hémorrhoïdes* et de *la goutte*; on la retrouve aussi chez les scrofuleux et chez les phthisiques.

Cette affection a, par sa fréquence et la difficulté de sa guérison, une grande importance pratique. Elle est caractérisée par un enrouement variable, par le besoin fréquent de faire une expiration brusque et bruyante, comme pour chasser du larynx ce qui fait obstacle à ses fonctions; enfin, par le développement des glandules de la muqueuse du voile du palais, du pharynx et du larynx.

La maladie débute habituellement par un coryza, un rhume avec enrouement; puis, le rhume étant guéri, l'enrouement persiste avec léger mal de gorge en avalant; sensation d'un corps étranger dans le larynx, besoin d'expulser ce qui fait obstacle à la phonation. A ce moment, l'isthme du gosier est uniformément rouge; à d'autres instants, il présente des développements vasculaires par places; la luette est souvent volumineuse. Un peu plus tard, la maladie se caractérise davantage; le chatouillement du larynx, la douleur en avalant persistent;

la petite toux particulière s'accompagne d'une expectoration caractéristique; ce sont des petits crachats grisâtres, arrondis, compactes; d'autres fois, ils sont verdâtres, un peu plus gros et ont été comparés à des pointes d'asperge. En même temps, les granulations se montrent dans toute l'arrière-gorge. Cette maladie a une marche essentiellement chronique et rémittente; mais lorsqu'elle dure déjà depuis plusieurs années, l'enrouement devient de plus en plus persistant; il est marqué surtout le matin et disparaît quelquefois par l'exercice de la voix, mais pour être d'autant plus prononcé le lendemain; il peut arriver à une *aphonie* complète. Cette affection, qui finit par déterminer de l'hypochondrie, et de l'amaigrissement, s'accompagne souvent d'un peu de *surdité* et d'une légère diminution de l'*odorat;* elle rend impossible l'exercice des professions dans lesquelles il est nécessaire de beaucoup parler ou de chanter; elle ne guérit pas spontanément. Héréditaire comme la *dartre,* la *goutte,* les *hémorrhoïdes* et la *scrofule,* l'angine glanduleuse sévit plus particulièrement chez les hommes de 25 à 35 ans; elle atteint surtout les avocats, les prêtres, les chanteurs, les crieurs publics, en un mot, ceux qui sont obligés de faire un usage immodéré de la voix.

Traitement. — Les médicaments principaux sont *belladona, sulfur, hepar sulfuris, iodium, sepia, nux vomica, arsenicum, aurum, carbo vegetabilis, phosphorus. Sepia* est très-indiqué par la matière médicale. Excrétion fréquente par chatouillement dans la gorge et le larynx. Enrouement qui ne permet ni de parler haut ni de chanter. Crachats muqueux, blancs, qui ressemblent à des grains de millet.

J'ai obtenu de très-notables améliorations par l'administration successive de *belladona* et *sulfur* 30e. *Belladona*

quatre jours; repos quatre jours, puis *sulfur* de la même manière; c'est là ma médication habituelle. Le traitement de cette affection est d'autant plus difficile qu'elle dépend de maladies différentes. Il faut souvent avoir recours au traitement par les eaux minérales. Le *Mont-Dore* et *Allevard* sont les deux thermes que nous recommandons sans qu'il nous soit possible de pouvoir préciser les indications qui doivent faire préférer l'une de ces eaux à l'autre.

HYPERTROPHIE DES AMYGDALES.

Cette lésion est caractérisée par l'hypertrophie et l'induration de tous les éléments des amygdales : tissu cellulaire , parois des lacunes, dont les cavités sont agrandies; augmentation du nombre et du volume des follicules clos, qui atteignent la grosseur d'un grain de millet; en un mot, c'est une véritable *hyperplasie*.

On a l'habitude d'enseigner que l'hypertrophie des amygdales est une terminaison de l'angine tonsillaire; il faudrait ajouter que cette lésion ne s'observe que chez les scrofuleux, et qu'elle se produit, le plus souvent, sans être précédée d'inflammation violente. Elle survient principalement chez les enfants qui ont le *mufle scrofuleux* et dont le nez, constamment oblitéré par des mucosités et par le gonflement de la membrane muqueuse, ne permet pas le passage de l'air; en sorte que les enfants respirent constamment par la bouche; ce qui soumet les amygdales à un courant alternatif d'air froid et d'air chaud, et détermine des inflammations catarrhales extrêmement fréquentes.

L'hypertrophie s'opère graduellement; elle siége presque toujours sur les deux amygdales. Ces glandes, extrêmement volumineuses, rétrécissent considérablement l'isthme du gosier; refoulent le voile du palais en haut, et oblitèrent l'ouverture postérieure des fosses nasales. Elles présentent, à l'examen direct, une surface lisse, quelquefois polie, quelquefois rouge, mais qui laisse voir les ouvertures très-élargies de nombreuses lacunes.

Cette lésion, quand elle atteint un degré considérable, entraîne, pour le reste de l'organisme, des désordres très-importants, nasonnement de la voix; dûreté de l'ouïe, due plutôt à l'épaississement de la membrane muqueuse de la trompe d'Eustache qu'à l'oblitération de ce conduit par la glande hypertrophiée; difficulté de la respiration, et par suite, rétrécissement de toutes les voies aériennes situées au-dessous de l'obstacle, d'où une déformation du thorax, d'autant plus marquée que la maladie a commencé dans un âge moins avancé. Le développement normal des organes de l'abdomen et l'atrophie des organes respiratoires entraînent un défaut de proportion qui modifie la forme du thorax. Les fausses côtes sont fortement écartées; en sorte que le thorax semble rétréci à la réunion de son tiers inférieur avec son tiers moyen; les contractions exagérées du diaphragme contribuent, pour leur part, à cette déformation, et la rendent plus marquée au niveau des insertions de ce muscle. Ajoutons à ces symptômes le ronflement en dormant; la difficulté de respirer allant jusqu'à de véritables accès de suffocation; le dépérissement des petits malades, et nous aurons le tableau complet des désordres déterminés par l'hypertrophie des amygdales.

Cette lésion a peu de tendance vers la guérison spontanée. On cite cependant quelques cas, où elle a beau-

coup diminué vers l'âge de la puberté; elle peut encore disparaître à la suite de l'abcès de l'amygdale.

Traitement. — Le traitement de cette lésion est surtout chirurgical et consiste dans l'ablation des amygdales. Lambron a préconisé récemment l'emploi des douches sulfureuses. *Belladona, baryta carbonica, aurum, sepia iodium* et *sulfur* ont été employés avec succès dans le traitement de cette lésion (clinique de Beauvais de Saint-Gratien, observations 113, 138, 139). Le traitement doit commencer par *belladona,* que l'on fait suivre de *sulfur, sepia, aurum* ou *baryta carbonica,* suivant les indications. *Belladona* a été surtout administrée à la 30e dilution, une dose tous les quinze jours. Tous ces médicaments, excepté *aurum,* sont indiqués par la matière médicale. On devra commencer le traitement par *belladona,* surtout s'il y a un peu de rougeur inflammatoire. *Sulfur* et *aurum* ne seront administrés que si *sepia* et *baryta* ont échoué; *iodium* 3e trituration, donné seul, a procuré une guérison.

Dans une maladie aussi chronique, on devra donner une seule dose tous les jours pendant huit jours. Huit jours de repos et recommencer. Il faudra varier les dilutions de la 3e trituration à la 30e et même la 200e. Je conseille, d'après les observations cliniques, de commencer par la 30e dilution au moins pour *belladona* et *sulfur*.

AFFECTIONS SYPHILITIQUES

DE LA BOUCHE ET DE LA GORGE.

On observe dans ces régions des *accidents primitifs,* le chancre presque toujours induré; des accidents secon-

daires, plaques muqueuses et ulcérations des amygdales et de l'isthme du gosier ; des accidents tertiaires, gommes de la langue, du voile du palais, du pharynx. Ces derniers accidents produisent de grandes pertes de substances, des caries et des perforations de la voûte palatine. Les accidents primitifs et secondaires s'accompagnent du gonflement et de l'induration des ganglions sous-maxillaires correspondants; ils s'accompagnent d'une douleur habituellement peu intense et qui a des redoublements nocturnes.

Traitement. — Consulter celui de la syphilis en général.

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN.

Il est utile de dire un mot du phlegmon et de l'abcès rétro-pharyngien, parce que cette affection est quelquefois confondue avec le croup ; nous ne parlerons que du phlegmon aigu, et non de l'abcès par congestion qui accompagne la carie des vertèbres cervicales.

C'est surtout pendant la première enfance que le phlegmon rétro-pharyngien est difficile à diagnostiquer. Il s'annonce par un mouvement fébrile, du malaise, de l'angoisse, de l'agitation; puis, la déglutition devient difficile, l'enfant tette difficilement; il refuse le sein et pleure toutes les fois qu'il veut avaler. A ces symptômes s'ajoutent bientôt : de la dyspnée, des accès de suffocation, de la toux, et la raucité de la voix. La compression de la partie supérieure du larynx et l'œdème de la glotte concomitante sont les causes de ces derniers accidents.

Habituellement, on peut constater un engorgement inflammatoire sur les côtés du cou; la fluctuation se reconnaît habituellement par le toucher dans un point du pharynx; souvent on constate *de visu* la tumeur phlegmoneuse et une déformation de l'isthme du gosier.

Le Traitement médical échoue presque constamment et le phlegmon arrive à l'abcès malgré tout. On pourra employer successivement : *Bryonia, mercurius* et *hepar sulfuris;* si la dypsnée est considérable, il faudra ouvrir le plus tôt possible et peut-être pratiquer la *trachéotomie*.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE L'ŒSOPHAGE

ŒSOPHAGITE.

L'œsophagite est la phlegmasie de l'œsophage. Quelques observations permettent d'admettre une œsophagite essentielle ; c'est la seule que nous décrirons ici. Les inflammations de l'œsophage qui surviennent dans le muguet, la diphthérie, les fièvres continues et éruptives, les empoisonnements, la brûlure, ne présentent rien de bien intéressant pour la pratique.

La *douleur* en avalant étant le principal symptôme de cette maladie, elle a été longtemps confondue avec les autres affections de l'œsophage sous les noms de *dysphagie* et d'*angine œsophagienne*.

Division. — 2 formes : *œsophagite érythémateuse* et *abcès de l'œsophage*.

La gangrène de l'œsophage est-elle essentielle ?

La question ne peut être résolue par les faits que nous possédons.

Forme érythémateuse. — La maladie débute habituellement, brusquement par une douleur qui augmente rapidement d'intensité, et à laquelle vient se joindre un état fébrile plus ou moins marqué. La douleur siége le plus

souvent au bas du pharynx et se prolonge derrière le sternum jusqu'au cardia; d'autres fois, elle existe plus marquée en arrière, le long de l'épine dorsale. Elle présente pour caractère de s'aggraver considérablement par la déglutition et de déterminer alors des spasmes de l'œsophage et du pharynx qui amènent le rejet convulsif du bol alimentaire et des boissons ; ces dernières ressortent quelquefois par le nez. Il existe une expuition de matière muqueuse, très-fatigante pour les malades. Dans les cas intenses, il y a un mouvement fébrile bien marqué : pouls large, grand; peau halitueuse; une soif vive que les malades ne peuvent satisfaire; une anxiété en rapport avec la douleur. La maladie se termine à la fin du premier septénaire; elle peut cependant atteindre le quatorzième jour. Elle se termine par la guérison.

Abcès de l'œsophage. — Les abcès de l'œsophage sont sous-muqueux, ils font toujours saillie à l'intérieur et déterminent une dysphagie très-considérable. La douleur est plus circonscrite que dans la forme précédente. Il est fréquent de voir se développer des symptômes généraux fort graves : délire, convulsions; la face est rouge, les yeux injectés, le pouls fréquent, petit, déprimé. La durée de la maladie est plus longue que dans la forme précédente et se prolonge jusque vers le dix-septième ou vingtième jour.

La guérison est la règle. Cependant, quand l'abcès est situé dans le haut de l'œsophage, il détermine souvent un *œdème de la glotte* qui est une complication dangereuse. Certains cas de perforation de l'œsophage se rapportent à l'œsophagite.

Traitement. — *Cocculus, cantharis, asa fœtida, mezereum* et *arsenicum*, sont les médicaments principaux de

l'œsophagite; ajoutons que la pathogénésie et la clinique sont également pauvres de renseignements sur ce point. *Cocculus* convient pour une douleur brûlante, occupant l'œsophage avec régurgitation d'odeur sulfureuse. *Cantharis,* déglutition difficile avec régurgitation nocturne; *arsenicum,* déglutition douloureuse, impossible; siége de la dysphagie dans l'œsophage; crampe dans l'œsophage. *Mezereum,* brûlure dans l'œsophage.

ŒSOPHAGISME.

L'œsophagisme, ou spasme de l'œsophage, est un symptôme commun à plusieurs maladies; il comprend non-seulement le spasme de l'œsophage lui-même, mais encore celui du pharynx : c'est la *dysphagie nerveuse.* En outre, on décrit habituellement, sous ce même titre, la sensation de *boule,* de corps étranger dans la gorge.

La *dysphagie nerveuse* est un symptôme fréquent dans l'hystérie, l'*hypochondrie*, la folie et la rage; il peut apparaître encore, à titre de symptôme exceptionnel, dans l'inflammation, le cancer et le rétrécissement de l'œsophage; enfin, on l'observe encore dans le cours d'affections organiques du cerveau et de la portion supérieure de la moelle épinière.

Ce symptôme survient brusquement pendant le repas; le malade perd tout à coup la faculté d'avaler; quelquefois le bol alimentaire, agité de mouvements contraires, est repoussé alternativement de haut en bas et de bas en haut dans toute la longueur de l'œsophage; puis une brusque contraction l'expulse au dehors ou le précipite dans l'estomac.

L'impossibilité d'avaler, de faire franchir quoi que ce soit au point rétréci spasmodiquement cesse tout à coup. Le plus souvent ce sont les solides qui passent le plus difficilement; d'autres fois ce sont les liquides. Certains malades avalent mieux chaud, les autres froid. Enfin, il faut noter une complication assez effrayante, c'est la propagation du spasme aux muscles de la glotte et la suffocation qui en est la suite.

Les circonstances qui déterminent l'accès de *dysphagie nerveuse,* chez les malades, sont la déglutition, quelquefois la déglutition d'un aliment en particulier; une impression morale, l'imagination, la pensée que l'accès va survenir: l'idée qu'on est atteint de la rage à la suite de la morsure d'un chien bien portant.

La dysphagie nerveuse peut revêtir la forme d'*œsophagisme habituelle.* Elle est constituée par la sensation d'un corps étranger, d'une boule; ce symptôme est très-fréquent chez les hystériques et chez les fous; quelquefois il est porté au point d'empêcher la déglutition. Il se rapproche alors de la dysphagie, que nous venons de décrire; mais, le plus souvent, le malade surmonte la première difficulté d'avaler; puis la sensation morbide disparaît pendant tout le repas.

Traitement. — Le cathétérisme de l'œsophage est un moyen de faire disparaître l'accès d'œsophagisme. Quand on arrive au point rétréci, on rencontre une résistance qui paraît invincible, mais qui cède tout à coup par le contact même de la sonde. Le *massage* du pharynx réussit quand le symptôme siége dans les régions supérieures. La prétendue réduction de la *luxation des appendices cartilagineux de l'os hyoïde* (dysphagie valsalvienne), agit par le massage. On doit rapprocher de ce moyen la déglutition forcée d'une grande quantité d'eau

froide (la question par l'eau) pratiquée par Récamier. Mais tous ces moyens sont fort pénibles, et seront remplacés avantageusement par l'administration des médicaments suivants : *belladona, stramonium, hyosciamus niger,* et *lachesis;* puis, en seconde ligne, *ignatia* et *valeriana.*

Les trois solanées sont principalement indiquées quand le dysphagie s'accompagne de l'*horreur des liquides;* le *lachesis* et l'*ignatia* quand le symptôme disparaît par une déglutition forcée.

Le sentiment de boule, chez les hystériques, réclame encore *ignatia* et *valeriana.*

Ces médicaments seront administrés d'abord à la 30e dilution, deux fois par jour. Si on n'obtenait rien, quoique le médicament parût bien indiqué, il faudrait descendre aux triturations et à la teinture mère; mais les hautes dilutions m'ont plus souvent réussi.

DYSPHAGIE PARALYTIQUE.

Nous préférons ce nom à celui de *paralysie de l'œsophage,* parce que cette expression correspond seulement à une variété du symptôme.

La dysphagie paralytique est un symptôme commun à un grand nombre de maladies. Les principales sont : la diphthérie, la démence, la paralysie générale des aliénés, les affections organiques du cerveau et de la moelle épinière, l'hystérie. Cette dysphagie constitue même encore le symptôme principal de la maladie décrite par Duchenne (de Boulogne) sous le nom de *paralysie progressive de la langue.*

Les phénomènes de la dysphagie paralytique varient

avec le siége de la paralysie. Nous nous contenterons d'indiquer le nasonnement, le retour des aliments par le nez, leur introduction possible dans la glotte ; la déviation et l'immobilité du voile du palais pour les paralysies du pharynx ; l'arrêt du bol alimentaire dans le canal œsophagien, les efforts impuissants du malade, la facilité plus grande d'avaler les aliments solides ou demi solides pour les paralysies de l'œsophage.

Traitement. — *Belladona, hyosciamus, stramonium, lachesis, causticum,* sont les médicaments de la dysphagie paralytique.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE.

C'est une lésion des parois de l'œsophage caractérisée par la perte de l'élasticité de ces parois ou par de véritables brides. Ces lésions toujours circonscrites, quelquefois multiples, sont la conséquence, la suite d'inflammation antécédente. Quand il n'y a eu ni altération ni suppuration, le rétrécissement est constitué seulement par la perte d'élasticité, perte d'élasticité qui, dans un point déterminé, empêche l'œsophage de se dilater pour laisser passer le bol alimentaire. A l'autopsie, on trouve le canal à peine rétréci ; seulement, les parois présentent, en un point, une induration et un épaississement, qui dans les cas les plus graves est constitué par un tissu cartilagineux et même osseux.

Quand le rétrécissement succède à une ulcération ou à une suppuration (brûlure, abcès de l'œsophage), on trouve alors une véritable cicatrice avec brides et défor-

mation du canal. Telle est la lésion qui constitue le rétrécissement proprement dit; mais il faut savoir que le calibre de l'œsophage peut être rétréci par des tumeurs venues du dehors, ou même développées dans les parois de l'organe : polypes, cancer, abcès, tumeurs anévrysmales, tumeurs ganglionnaires, hypertrophie considérable du foie.

Les symptômes de cette lésion sont, dans le commencement, la difficulté plus ou moins considérable de la déglutition, principalement des solides. Cette difficulté peut aller jusqu'à l'impossibilité d'avaler la plus petite goutte de liquide; un sentiment de gêne, quelquefois de douleur, existe en un point déterminé. La lésion faisant des progrès, la déglutition devient à peu près impossible; le malade fait de grands efforts pour avaler. Les aliments sont rejetés presque immédiatement si le rétrécissement siége à la partie supérieure de l'œsophage; quand, au contraire, le rétrécissement avoisine le cardia, l'œsophage se dilate et forme une espèce de jabot au-dessus du rétrécissement; là, les aliments subissent un commencement de digestion, puis, la plus grande partie est rejetée au dehors et une petite partie pénètre dans l'estomac. La régurgitation des aliments dans le rétrécissement de l'œsophage se fait tantôt doucement, tantôt brusquement et avec des efforts accompagnés de toux et de suffocation. Chez un certain nombre de malades, la déglutition des liquides s'accompagne d'une sorte de gargouillement.

Le malade s'attriste, maigrit, perd ses forces et finit par mourir de faim, comme dans le cancer du cardia.

Le *traitement* de cette lésion est tout chirurgical. Il consiste dans la dilatation du rétrécissement à l'aide de bougies et de sonde dont la volume s'accroît progressivement.

Le cathétérisme de l'œsophage se fait à l'aide de sondes dites œsophagiennes. Le doigt indicateur de la main gauche est placé le plus profondément possible et sert à abaisser la langue; la sonde enduite d'un corps mucilagineux est conduite le long du doigt, puis légèrement inclinée à gauche jusqu'à ce qu'elle rencontre la face postérieure du pharynx; là, elle se recourbe et suivant la face postérieure du pharynx pénètre dans l'œsophage. Si on fait fausse route, on en est habituellement averti par la toux et la suffocation. Une fois parvenu dans l'œsophage, la sonde est poussée doucement jusque dans l'estomac; si elle doit rester à demeure, son extrémité supérieure est saisie par un fil double; passée dans les fosses nasales à l'aide de la sonde de Belloc et ramenée par le nez.

Cette sonde sert à dilater le rétrécissement et à nourrir le malade. Il faut avoir soin de pousser d'abord quelques gouttes d'eau seulement, car certains malades ne distinguent pas si la sonde pénètre dans la trachée ou dans l'œsophage, et il y aurait de graves inconvénients à pousser une pleine seringue de bouillon dans le poumon. Quand la sonde cesse d'être serrée, quand elle joue facilement dans le rétrécissement, on la retire pour en introduire une plus volumineuse.

Le traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation graduelle et par l'introduction successive de bougies de plus en plus grosses du Dr Béniquet, serait applicable au traitement des rétrécissements de l'œsophage, comme ils sont applicables à ceux du rectum.

Dans les cas où on ne peut parvenir à franchir le rétrécissement, on a proposé l'*œsophagotomie* et même la *gastrotomie;* la première de ces opérations a prolongé les jours du seul malade auquel on l'ait pratiquée; la se-

conde a déterminé la mort en moins de vingt-quatre heures.

HÉMORRHAGIE DE L'ŒSOPHAGE.

Nous n'avons absolument à signaler que les hémorrhagies dues à des piqûres de sangsues. Cet accident s'est produit quelquefois chez des personnes qui avaient bu précipitamment de l'eau contenant de petites sangsues. L'hémorrhagie peut quelquefois devenir inquiétante. Il faut d'abord faire tomber les sangsues à l'aide d'eau fortement salée, puis administrer ensuite l'*arnica*. Ici il est avantageux d'administrer la teinture mère, 1 gramme dans 200 grammes d'eau, par cuillerée, toutes les heures, parce que le médicament agit en même temps comme topique. On observe encore l'hémorrrhagie de l'œsophage à la période d'ulcération du cancer de cet organe.

RUPTURE DE L'ŒSOPHAGE.

C'est une lésion qui survient brusquement, bien qu'elle soit probablement préparée par une altération, encore indéterminée, des parois de l'œsophage. Elle se termine rapidement par la mort.

La rupture de l'œsophage ne s'est jamais produite qu'au milieu d'efforts de vomissements provoqués. Une douleur violente, subite, accompagnée d'un sentiment de rupture, caractérise cette lésion. Le malade, anxieux, immobilisé par la douleur, habituellement incliné en avant, est couvert d'une sueur froide ; le pouls est petit, misé-

rable, la respiration accélérée et difficile. La douleur se propage des deux côtés, quelquefois d'un seul. Les boissons prises par le malade aggravent la douleur, l'oppression et l'anxiété. Le refroidissement augmente, le pouls diminue, et le malade succombe après dix-huit ou trente-six heures.

A l'autopsie, on trouve l'œsophage rompu près du cardia, les deux extrémités rétractées ; les parois saines, ou bien présentant une sorte de *ramollissement gélatiniforme*.

Traitement. — Quand on a diagnostiqué la rupture de l'œsophage, la première chose à faire est de pratiquer le cathétérisme ; et, si on parvenait à introduire la sonde dans l'estomac, il faut laisser cette sonde à demeure et s'en servir pour introduire les médicaments et les aliments. L'*arnica* est le principal médicament.

Si on ne pouvait faire parvenir une sonde dans l'estomac, il faudrait plonger le malade dans un narcotisme profond, afin d'immobiliser les viscères et de donner aux adhérences le temps de s'organiser ; il est évident que les médicaments seraient administrés par le rectum.

PERFORATION DE L'ŒSOPHAGE.

Cette lésion diffère de la rupture parce que la communication anormale entre la cavité de l'œsophage et les organes voisins s'établit à l'aide d'un travail pathologique : ulcération ou gangrène.

Les perforations de l'œsophage s'établissent tantôt de ce conduit vers les organes voisins, tantôt des organes voisins vers l'œsophage. Les maladies ou les lésions qui

amènent la perforation par le premier mécanisme sont : les corps étrangers, les rétrécissements, le cancer.

Les perforations qui viennent du dehors sont dues le plus souvent à un anévrysme ou à un abcès ; à une ulcération tuberculeuse ou autre de la trachée ; l'abcès peut siéger dans le médiastin ou le poumon, être essentiel ou tuberculeux. La communication de l'œsophage avec l'organe voisin peut être directe, mais d'autres fois il existe une cavité intermédiaire.

Les signes de la perforation varient avec les affections morbides qui déterminent cette lésion. Quand elle succède à une altération de l'œsophage, determinée elle-même par un rétrécissement ou un corps étranger, les symptômes du rétrécissement sont subitement remplacés par ceux de la perforation. Ce sont ceux de la pénétration des aliments et des boissons dans les plèvres, dans les bronches ou dans la trachée. Une douleur vive dans le premier cas, une toux suffocante avec expulsion des matières alimentaires dans le second cas.

Quand la perforation vient du dehors et qu'un abcès ou un anévrysme s'ouvre dans l'œsophage, le malade vomit du pus ou du sang, en quantité variable.

Dans le dernier cas, il y a plus tôt ou plus tard une hématémèse foudroyante.

Cette lésion est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et on comprend que son pronostic et son traitement varient avec l'affection morbide qui l'a produite. Constamment mortelle quand elle succède à un anévrysme, la perforation peut guérir quand elle est la terminaison d'un abcès. La première condition du traitement est d'établir une sonde à demeure dans l'œsophage.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE.

Après ce que nous avons dit du cancer en général, du rétrécissement et de la perforation de l'œsophage, il reste peu de chose à ajouter pour compléter l'histoire du *cancer de l'œsophage*.

Ce cancer siége le plus souvent à la partie inférieure de l'œsophage, ou bien il occupe la réunion du pharynx et de l'œsophage. Il s'annonce par de la dysphagie, une douleur fixe, des signes croissants de rétrécissement, quelquefois une tumeur appréciable sur les côtés du cou. A la période du ramollissement, les signes du rétrécissement peuvent diminuer, mais on voit survenir des hémorrhagies, des régurgitations sanieuses, et tous les signes de la cachexie. La mort arrive soit par rupture, perforation, hémorrhagie, soit par le progrès de la cachexie, et très-souvent par inanition.

Le TRAITEMENT, aussi nul que celui du cancer en général, comporte ici en plus le cathétérisme œsophagien nécessaire pour nourrir le malade.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

INDIGESTION.

C'est une maladie caractérisée par l'arrêt de la digestion stomacale; arrêt qui a pour conséquence le rejet, par le vomissement et par les selles diarrhéiques, d'aliments incomplétement digérés.

Cette maladie est extrêmement commune; elle présente deux formes à étudier : la *forme commune* et la *forme grave*, qu'on a aussi appelée *apoplectique*.

Forme commune. — L'indigestion reconnaît presque toujours une cause occasionnelle manifeste. C'est, le plus souvent, l'ingestion dans l'estomac de substances alimentaires particulières, appelées *indigestes;* et il ne faut pas oublier que la qualité indigeste des aliments varie avec chaque individu. La trop grande quantité d'aliments, même non indigestes, un refroidissement, sont aussi des causes d'indigestion. C'est de cette dernière façon qu'agissent les glaces et le bain froid, à une époque trop rapprochée du repas; une trop grande chaleur produit les mêmes effets. Une émotion vive, la vue ou le seul souvenir d'un objet dégoûtant, la vue d'une personne qui vomit, suffisent pour troubler la digestion dans certains

organismes extrêmement impressionnables. Il y a des personnes très-sujettes aux indigestions, et d'autres qui n'en éprouvent jamais. La vieillesse est une cause prédisposante de cette maladie; il en est de même de l'état de convalescence.

L'indigestion débute quelques heures après le repas; elle s'annonce par un malaise tout particulier, et qui ne trompe jamais ceux qui ont déjà éprouvé cette maladie : pesanteur épigastrique, sentiment de froid si le malade est levé ; insomnie ou cauchemar s'il est couché ; mal de tête ; mais un sentiment de nausée, de plus en plus prononcé, est le symptôme dominant du début. Bientôt surviennent des rapports nidoreux, putrides, quelquefois ayant le goût d'œufs couvés ; ces rapports soulagent pour un instant ; les nausées augmentent, une salive insipide afflue à la bouche, le malaise est à son comble ; enfin le malade rejette, par un ou plusieurs vomissements, les aliments qui remplissaient l'estomac. Ces vomissements, qui quelquefois sont extrêmement douloureux, soulagent immédiatement le malade ; puis des gargouillements, des coliques intestinales, des besoins d'aller à la garde-robe se font sentir, et le malade est pris d'une diarrhée brûlante, jaune foncé, écumeuse, contenant souvent des matières indigérées ; les selles liquides se continuent quelques heures, et la maladie est terminée, laissant pour le lendemain la langue blanche, un peu d'inappétence, de douleur de tête et de sensibilité épigastrique.

Dans le degré le plus faible, l'indigestion se borne à des nausées suivies de quelques selles liquides ; dans un degré plus intense, les vomissements se répètent fréquemment pendant plusieurs heures, mais ils soulagent toujours les malades ; ce qui distingue l'indigestion de l'*empoisonnement*. La plénitude de l'estomac, reconnaissable par la percussion, est un excellent signe

distinctif de l'indigestion; il est fréquent d'observer un mouvement fébrile de douze à vingt-quatre heures après une indigestion très-intense.

Forme grave. — L'indigestion revêt quelquefois une allure beaucoup plus grave; le malaise et les nausées se prolongent pendant des heures; un assoupissement plus ou moins profond, avec gêne de la respiration, face vultueuse ou très-pâle, indiquent une situation périlleuse; cependant, le plus souvent encore, le malade vomit, et tout se termine par la guérison; mais d'autres fois la somnolence et le malaise augmentent, et le malade périt, surtout si c'est un vieillard ou un convalescent. La mort arrive par le coma et, le plus souvent, par syncope. On a appelé cette forme *apoplectique*.

La rupture de l'estomac a été observée pendant les efforts du vomissement, et constitue un accident mortel de l'indigestion; mais il n'est pas démontré que cet accident puisse se produire en l'absence de toute lèsion antécédente.

Traitement. — *Ipeca, pulsatilla, graphites, tartarus emeticus, opium, carbo vegetabilis* et *arsenicum*, sont les principaux médicaments de l'indigestion.

Ipeca convient à la plupart des cas et à toutes les périodes de la maladie; nausées, avec malaise, pâleur, refroidissement, vomissements, diarrhée. On administre une dose toutes les demi-heures, soit dans de l'eau, soit à sec si les boissons répugnent. La 6e dilution est celle que j'ai le plus souvent employée. Tout à fait au début, ce médicament peut arrêter la maladie, même avant le vomissement.

Pulsatilla est principalement indiqué pour le traitement des indigestions par les choses grasses, la charcu-

terie, la pâtisserie; l'afflux d'eau à la bouche avec bâillements spécialise son indication. Je l'ai vu souvent arrêter l'indigestion avant le vomissement : même dose, même mode d'administration que l'ipéca.

Graphites est un médicament préventif plutôt que curatif. Il est indiqué par la pesanteur de l'estomac, la régurgitation d'aliments à moitié digérés. Il doit être administré avant la période des nausées, à la 12e dilution, toutes les demi-heures.

Tartarus emeticus est le médicament de la forme grave avec symptôme apoplectique.

Opium serait indiqué de préférence si la pupille était rétractée, le pouls lent, et s'il n'y avait eu aucune évacuation.

Carbo vegetabilis est indiqué quand l'indigestion est causée par des aliments gâtés.

Arsenicum convient dans les indigestions causées par les fruits et par les glaces.

GASTRITE.

L'inflammation de l'estomac accompagne un grand nombre de maladies; c'est un symptôme de presque tous les empoisonnements; il se montre fréquemment dans le cours des fièvres et en particulier de la fièvre typhoïde. L'histoire bien connue de la gastrite symptomatique, vérifiée par des autopsies nombreuses, nous permettra de donner la description de la *gastrite essentielle,* dont l'histoire est aujourd'hui plus obscure que jamais.

La gastrite essentielle présente à étudier deux formes

bien distinctes : la *forme bénigne* et la *forme lente*, gastrite chronique des auteurs. Quant à la *forme grave* de certains auteurs, elle doit être rattachée à l'*ulcère simple* de l'estomac. Il faut considérer comme un résultat de l'esprit de système les divisions organiciennes de la gastrite : gastrite érythémateuse, phlegmoneuse de la muqueuse, du tissu cellulaire, du péritoine, etc.

Forme bénigne. — Maladie fréquente, suite ordinaire d'un mauvais régime, d'une surcharge habituelle de l'estomac, de l'usage d'aliments indigestes, de défaut d'exercice, elle est généralement décrite sous le nom d'*embarras gastrique*. Elle est caractérisée par de l'anorexie, un goût pâteux, amer, une langue blanche; des nausées, de la constipation, un malaise général avec contracture; la céphalalgie et la douleur épigastrique spontanée existent presque constamment.

Cet ensemble de symptômes dure à peine un septénaire et se dissipe spontanément, si le malade observe une diète convenable; si, au contraire, ce qui arrive souvent, il se force pour manger, s'il prend des excitants, son état persiste et s'aggrave. Il survient des vomissements alimentaires et bilieux, une douleur épigastrique intense et un mouvement fébrile modéré. Le malade est alors contraint de se soigner, et la guérison arrive constamment après deux et trois semaines de maladie.

Dans une variété plus aiguë, la maladie débute d'emblée par des vomissements bilieux, de la douleur épigastrique, un mouvement fébrile et de la constipation. Cette variété plus aiguë a une durée qui dépasse rarement un septénaire; elle est infiniment plus rare que la précédente.

Les vomissements bilieux, la douleur épigastrique et

la constipation constituent le caractère distinctif de la gastrite.

Forme lente. — L'histoire de la forme lente de la gastrite est beaucoup plus précise que la précédente, parce qu'elle repose sur des autopsies qui manquent à l'histoire de la gastrite bénigne.

Cette forme est fréquente dans la première enfance, où elle reconnaît pour cause une alimentation vicieuse et un sevrage prématuré. Chez l'adulte, elle est presque toujours occasionnée par un mauvais régime, par l'ingestion habituelle d'aliments indigestes et de mauvaise qualité. Les aliments épicés et de haut goût n'ont aucune action dans la production de cette maladie.

La maladie débute sourdement. Les adultes se plaignent des symptômes attribués à l'*embarras gastrique ;* les enfants mangent moins, sont constipés et maigrissent. Le vomissement est le symptôme principal de la maladie confirmée; vomissement très-fréquent des aliments; à jeun, vomissement d'un liquide filant, presque incolore, vomissement bilieux, vomissement noirâtre, marc de café; douleur épigastique qui, chez l'enfant, se traduit par des cris, de l'agitation, de l'insomnie. L'amaigrissement accompagne les vomissements et fait des progrès rapides; les adultes perdent 40 à 60 livres en quelques mois; les enfants tombent dans un marasme comparable à celui engendré par la diarrhée cholériforme. Le teint se conserve quelque temps; mais la pâleur avec coloration grisâtre de la peau finit par s'établir. Arrivée à cette période, la maladie persiste pendant des mois sans amener la mort. Souvent, sous l'influence d'un traitement habilement dirigé, les vomissements diminuent d'abord, puis cessent complétement; l'appétit revient, et, après quelques semaines d'un régime restreint, les malades re-

couvrent leurs facultés digestives tout entières et engraissent alors, les enfants surtout, avec une grande rapidité. La constipation est le dernier symptôme qui persiste.

Si la maladie doit se terminer par la mort, les vomissements deviennent continuels; ils contiennent du sang, les malades s'épuisent de plus en plus et finissent par succomber. Chez les enfants, les convulsions hâtent quelquefois ce triste dénoûment.

A l'*autopsie :* estomac rétréci, à parois très-épaissies ; la membrane muqueuse, d'un rouge brunâtre, ramollie et détruite dans certains points. Le microscope démontre que l'épaississement des parois stomacales est dû à une *hypertrophie* fibreuse sans trace de *production hétéromorphe.*

Traitement. — Les médicaments principaux dans le traitement de la gastrite sont *nux vomica, antimonium crudum, phosphorus, arsenicum* et *cantharis.*

Nux vomica convient surtout au début et dans la forme bénigne ; il est indiqué par l'*anorexie,* le goût putride, acide et amer de la bouche, le pyrosis, et principalement par les vomissements d'aliments ou de bile, avec constipation, douleur constrictive brûlante au creux de l'estomac.

Antimonium crudum est indiqué par une anorexie plus complète, des renvois ayant le goût des aliments et un sentiment manifeste de surcharge de l'estomac.

Phosphorus. Ce médicament correspond aussi aux vomissements, au pyrosis et à la douleur ; mais il est caractérisé par une *douleur excessive,* soulagée en buvant froid, et par la persistance d'un appétit maladif. Il est indiqué formellement dans le traitement de la forme chronique ; la diarrhée qui survient quelquefois ne le contre-indique nullement.

Arsenicum est le médicament principal de la forme chronique. Il correspond aux vomissements d'aliments, de bile et de sang ; à la douleur avec anxiété, agitation et cris si fréquents chez les petits enfants ; à l'amaigrissement excessif ; à la tendance au refroidissement ; au muguet ultime ; au purpura et à l'état cachectique. Les douleurs sont calmées par les boissons très-chaudes.

Les indications de *cantharis* ne sont pas bien précises.

Le régime alimentaire est extrêmement important dans cette maladie ; la diète complète avec des boissons féculentes et mucilagineuses sont de rigueur dans les premiers jours de la forme bénigne. On prescrira ensuite du bouillon, du lait, un œuf à la coque, de la viande grillée ou rôtie, suivant les idiosyncrasies.

Dans la *forme lente*, la diète lactée est le régime qui convient le mieux ; le lait et le bouillon, le lait avec un jaune d'œuf cru conviennent ensuite, puis la viande peu cuite ou même tout à fait crue.

GASTRORRHAGIE.

La gastrorrhagie est le plus souvent une affection symptomatique survenue dans le cours de diverses maladies : cancer, ulcère simple, gastrite chronique, purpura, fièvres éruptives graves, fièvres typhoïdes, fièvres intermittentes.

Assez souvent cette affection survient comme hémorrhagie supplémentaire des hémorrhoïdes et surtout des règles, dans l'aménorrhée, dans la chlorose et pendant la grossesse.

Très-rarement la gastrorrhagie constitue une maladie essentielle, caractérisée par une exhalation de sang à la surface de la muqueuse gastrique.

Gastrorrhagie essentielle. — Nous préférons le mot gastrorrhagie au mot hématémèse, parce que ce dernier ne s'applique qu'à un symptôme, le vomissement de sang, symptôme qui manque dans quelques cas de gastrorrhagie, et qui se montre à la suite de l'ouverture d'une caverne ou d'un anévrysme dans l'œsophage.

Il nous est impossible d'établir des formes dans une maladie aussi rare que la gastrorrhagie, surtout si on remarque que les auteurs ont confondu dans leurs descriptions la maladie et les affections symptomatiques.

Au milieu de la santé, les malades sont pris de malaises épigastriques, d'un sentiment de poids, de nausées; puis plus ou moins rapidement, d'un vomissement de sang habituellement noir, grenu, semblable à de la suie délayée ou à du marc de café; des restes d'aliments sont souvent mêlés aux premiers vomissements. Quand l'hémorrhagie est abondante et que le sang ne séjourne pas longtemps dans l'estomac, il est en caillots noirâtres.

La faiblesse du pouls, le refroidissement, la paleur, les sueurs froides, les lipothymies, les syncopes complètes, accompagnent l'hémorrhagie et sont proportionnés à son abondance et à sa répétition.

Quelquefois l'hémorrhagie est foudroyante et les malades succombent en quelques instants. Mais le plus souvent la marche des accidents est moins rapide, et la mort n'arrive que par la répétition des hémorrhagies.

D'autres fois la santé se rétablit après un ou plusieurs vomissements de sang. L'appétit et la digestion reviennent complétement et promptement; mais la perte des forces et l'anémie consécutive sont en rapport avec la quantité

du sang perdu par le malade, et persistent quelquefois fort longtemps.

On observe souvent un symptôme fort important, c'est l'évacuation par les selles d'une certaine quantité de sang, sang qui a passé de l'estomac dans l'intestin, a subi un commencement de digestion et donne lieu à des selles noires, poisseuses, extrêmement fétides (melæna) et susceptibles de rendre sanguinolente l'eau qu'on y ajoute.

Causes. — Nous ne savons presque rien de l'étiologie de la gastrorrhagie. La première enfance en offre des exemples. Nous signalerons encore les coups violents sur la région épigastrique, les corps étrangers introduits dans l'estomac, la présence de sangsues vivantes dans ce viscère.

Traitement. — S'il y a eu une cause traumatique, *arnica* sera le premier médicament indiqué. En dehors de ces circonstances, *veratrum, arsenicum, nux vomica, mezereum,* sont les principaux médicaments à essayer. La glace en petits morceaux, ou mieux la glace râpée, administrée au malade par petites cuillerées à café, sont d'un bon secours dans la plupart des cas. Si la maladie résistait à ce traitement, on serait autorisé à administrer le perchlorure de fer à la dose de 5 à 10 gouttes dans un verre d'eau, une cuillerée tous les quarts d'heure.

DYSPEPSIE.

Sous le nom de dyspepsie on réunit généralement trois affections distinctes : la *dyspepsie* proprement dite, le *vomissement essentiel* et la *gastralgie*.

Nous décrirons ces trois affections séparément, d'abord parce qu'elles sont réellement distinctes, ensuite parce qu'elles affectent des rapports très-importants et très-difficiles à préciser avec la goutte, les hémorrhoïdes, la dartre, l'hypochondrie, l'hystérie et la chlorose. Du reste, la clarté des descriptions comme la netteté des indications thérapeutiques ne peuvent que gagner à la distinction radicale de ces trois affections.

La *dyspepsie* est une affection caractérisée par la lenteur et la difficulté des digestions. Les principaux symptômes de cette affection sont : une pesanteur plus ou moins douloureuse dans la région de l'estomac, des renvois, des régurgitations et quelquefois des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée. On observe en outre un certain nombre de symptômes étrangers à l'estomac, et qui trouveront leur place dans la description suivante.

L'histoire de la *dyspepsie intestinale* est fondée sur l'apparition des souffrances plusieurs heures après les repas et la coïncidence de coliques dans l'intestin ; cette affection n'existe jamais seule et n'est qu'une suite de la *dyspepsie stomacale,* la seule que nous admettions.

La dyspepsie est une affection habituellement symptomatique. On l'observe dans les maladies suivantes : la dartre, la goutte, les hémorrhoïdes, l'hypochondrie, l'hystérie, la chlorose, la gastrite chronique, l'ulcère simple de l'estomac, le cancer de cet organe. La dyspepsie existe encore, soit comme phénomène précurseur, soit comme symptôme transitoire, soit enfin comme partie constituante de l'état cachectique dans la plupart des maladies chroniques : la phthisie, la scrofule, la syphilis, l'albuminurie, le diabète, etc.

Les affections des organes qui avoisinent l'estomac dé-

terminent aussi la dyspepsie : affection du foie et de la vésicule biliaire, affection intestinale, etc. Enfin on observe encore cette affection dans la plupart des empoisonnements.

En outre la dyspepsie se manifeste chez des personnes qui ne présentent aucun symptôme d'une autre maladie et constitue alors la *dyspepsie essentielle.*

On comprend sous combien d'aspect divers la dyspepsie doit se présenter au médecin, si on réfléchit qu'elle varie avec toutes les maladies qui la produisent et qu'elle affecte une physionomie spéciale qnand elle est essentielle. Cette multiplicité d'aspects, qui rend déjà si difficile l'histoire de cette affection, devient une véritable impossibilité quand on s'aperçoit que les auteurs ont négligé d'étudier les variétés de la dyspepsie en rapport avec les maladies qui la produisent et qu'il est à peu près impossible de dire si la *dyspepsie flatulente,* pour prendre une des formes les plus caractérisées, appartient à la dyspepsie goutteuse, à l'hémorrhoïdaire, à la dartreuse ou à la dyspepsie essentielle.

Nous serons donc, quant à présent, obligé de laisser irrésolus les problèmes nosologiques qui se rattachent à la dyspepsie, et nous décrirons seulement les variétés les plus fréquentes de cette affection, afin d'arriver au moins à une indication précise des médicaments qui conviennent le plus souvent. La dyspepsie présente cinq variétés principales : La *bradyspepsie,* la *dyspepsie pituiteuse,* la *dyspepsie flatulente,* la *dyspepsie acide* et la *dyspepsie larvée.* Sous cette dernière dénomination, nous décrirons cette variété de dyspepsie dans laquelle les symptômes gastriques sont pour ainsi dire voilés par les symptômes du côté du cœur, du poumon et du cerveau. Le *pica,* la *boulimie* sont des symptômes qui n'ont de commun avec la dyspepsie que d'avoir l'estomac pour

siége et de s'unir très-souvent à l'une de ses variétés ; mais ce sont des symptômes isolés qui sont entièrement du domaine de la séméiotique.

1re VARIÉTÉ. — *Bradyspepsie.* Cette première variété de la dyspepsie est la plus commune de toutes. Elle est caractérisée par la lenteur et la difficulté de la digestion. Une ou plusieurs heures après le repas, le malade éprouve une pesanteur douloureuse à la région de l'estomac. Cette douleur qui, dans les cas intenses, dure jusqu'au repas suivant, s'accompagne d'un sentiment de gonflement. Les malades sont obligés de se desserrer complétement; ils éprouvent des régurgitations, ayant d'abord le goût des aliments, puis bientôt acides; un peu plus tard, ils ont des renvois qui les soulagent beaucoup. De temps à autre, quand les malades se sont obstinés à trop manger, il survient des vomissements alimentaires et de véritables indigestions. L'appétit est compatible avec cette variété de la dyspepsie; cependant la bouche est habituellement mauvaise, la langue blanche et recouverte d'une salive écumeuse. Dans certains cas rares, ce sont surtout les liquides qui restent *indigérés*. Cette variété singulière se reconnaît à l'aggravation des souffrances par les boissons; à un bruit de clapotement produit dans l'estomac par la succussion; à la rareté des urines.

Cette variété s'observe principalement dans la goutte et les hémorrhoïdes.

2e VARIÉTÉ — *Dyspepsie pituiteuse.* Nous conservons cette expression de *pituiteuse* sans y attacher la signification des galénistes. — La dyspepsie pituiteuse est caractérisée par la lenteur des digestions, et principalement par le vomissement d'un mucus transparent, plus ou moins épais.

Les malades atteints de cette variété de dyspepsie présentent la plupart des symptômes de la variété précédente ; mais en outre, chaque matin, ils sont pris de vomissements avec efforts extrêmement violents, toux et suffocation. Une fois qu'ils ont rendu, à grand'peine, quelques gorgées d'un liquide filant et visqueux, quelquefois entremêlé de sang, ils se sentent très-soulagés. Cet accès de pituite, qui survient presque toujours le matin à jeun, peut se renouveler plusieurs fois dans la journée.

Cette variété de la dyspepsie est symptomatique de l'alcoolisme chronique. Il se développe principalement par l'usage du vin blanc et de l'eau-de-vie pris à jeun. Les buveurs de bierre sont aussi très-sujets à la pituite. Cette dyspepsie est le symptôme habituel de la gastrite chronique.

3e VARIÉTÉ. — *Dyspepsie flatulente*. Cette variété de dyspepsie est caractérisée par le développement considérable de gaz dans l'estomac et dans l'intestin.

Aussitôt que commence le travail de la digestion, la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin sécrète, avec une rapidité extrême, une quantité prodigieuse de gaz. Les malades étouffent dans leurs vêtements, ils sont obligés de se desserrer, le ventre se ballonne considérablement. La tympanite, les borborygmes et les éructations constituent l'affection à sa période d'état ; alors les malades commencent à rendre par la bouche une quantité énorme de gaz. Habituellement dépourvus de goût et d'odeur, ces renvois, extrêmement bruyants, se prolongent assez longtemps et terminent l'accès de dyspepsie. — Cette variété est particulière à l'hystérie et à l'hypochondrie.

4e VARIÉTÉ. — *Dyspepsie acide*. Cette variété est carac-

térisée par les aigreurs, les évacuations et les vomissements acides. Elle tient à une exagération dans la sécrétion du suc gastrique. — Aussitôt après les repas, les malades ont des aigreurs qui vont quelquefois jusqu'au *pyrosis;* la salive est acide, les dents agacées; et après la digestion stomacale, il survient quelquefois des vomissements composés, en grande partie, du suc gastrique.

Cette variété se lie très-souvent à une gastrite chronique, ou est le prélude d'un cancer de l'estomac; elle accompagne les affections organiques du foie; enfin, elle peut se montrer comme symptôme de la goutte.

5e VARIÉTÉ. — *Dyspepsie larvée.* Dans cette variété de la dyspepsie les symptômes gastriques prennent peu de développement, tandis que les symptômes dits sympathiques occupent le premier plan sur la scène morbide.

Du côté du cœur, palpitations, pulsations irrégulières, lipothymies, syncopes, symptômes d'angine de poitrine. — Du côté du poumon, dyspnée arthritique, dyspnée par étranglement laryngé, toux sèche, incessante. – Du côté du cerveau, céphalalgie habituelle, pesanteur de tête, vertiges, migraine, hypochondrie. C'est surtout dans l'hystérie, dans l'hypochondrie, et dans les maladies hémorrhoïdaires qu'on observe cette variété de dyspepsie.

TRAITEMENT. — *Nux vomica, graphites, china, lachesis, bryonia, pulsatilla, hepar sulfuris, sulfur, carbo vegetabilis,* sont les principaux médicaments.

Nux vomica et *graphites* constituent le traitement le plus efficace de la bradyspepsie : lenteur de la digestion, pesanteur douloureuse à l'estomac, régurgitation, ruumination, et même vomissement alimentaire.

Depuis des années je prescris *nux vomica,* une heure

avant les deux principaux repas, et *graphites* une heure après les mêmes repas. Je commence par la 12e dilution ; je descends ou je monte l'échelle posologique suivant l'effet produit.

Quelquefois je me suis bien trouvé de remplacer *graphites* par *lachesis* ou par *china*. *Lachesis*, quand il existe une sensibilité extrêmement douloureuse de l'épigastre à la moindre pression, et que la constriction des vêtements est insupportable; *china*, quand le pyrosis est le symptôme dominant.

China seul convient dans un bon nombre de cas, il est indiqué par : goût amer, dégoût pour les aliments, avec sentiment de plénitude. Les souffrances apparaissent immédiatement après le repas : malaises, somnolence, lassitude dans les jambes, céphalalgie, horreur du mouvement et humeur hypochondriaque, selles quelquefois liquides, immédiatement après le repas.

Pulsatilla convient surtout quand le malaise augmente par les aliments gras, que le malade a dans la bouche un goût de rance ou de viande gâtée ; qu'il éprouve un écoulement abondant d'eau fade; mais le symptôme principal est la *flatulence*.

Hepar sulfuris, indiqué par Jahr comme le médicament principal de la dyspepsie, convient surtout dans la dyspepsie flatulente; du reste, je n'ai pas eu l'occasion de l'employer souvent, pas plus que le *sulfur*, qui convient surtout dans la dyspepsie acide.

Pour la dyspepsie pituiteuse, on pourra consulter : *nux vomica, arsenicum, phosphorus, lachesis* et *carbo vegetabilis*.

GASTRALGIE.

La gastralgie est une affection de l'estomac, caractérisée par une douleur vive, siégeant à l'épigastre, en l'absence de toute lésion anatomique. C'est une névralgie de l'estomac.

La gastralgie s'observe très-fréquemment dans la *chlorose,* dans l'*hystérie,* et c'est pour cela que les auteurs ont noté sa plus grande fréquence chez la femme ; chez l'homme elle est presque toujours liée à l'hypochondrie. Souvent elle accompagne, dans l'un et l'autre sexe, les hémorrhoïdes, la goutte et la dartre.

La gastralgie qui se manifeste pendant la jeunesse ne se produit guère que chez les femmes hystériques ou chlorotiques ; enfin cette viscéralgie accompagne souvent les affections utérines, et principalement celles qui se caractérisent par une leucorrhée abondante. Beaucoup plus rarement, la gastralgie se développe en dehors de toute maladie, et constitue alors la *gastralgie essentielle.*

La gastralgie étant presque toujours une affection symptomatique, on ne doit pas être surpris de la voir alterner avec d'autres affections goutteuses : hémorrhoïdaires, dartreuses, etc. Il est fréquent d'observer une gastralgie succédant à une autre névralgie ; alternant avec l'apparition d'hémorrhoïdes ou d'affections cutanées.

Ce que les auteurs ont dit de l'âge auquel apparaît la gastralgie est peu exact, et cet âge varie suivant que la gastralgie est symptomatique de l'une des nombreuses maladies que nous avons énumérées. La gastralgie hystérique se montre souvent dans la seconde enfance, tandis

que la gastralgie hémorrhoïdaire est plus fréquente après 40 ans. Celle qui est liée à la chlorose, à une affection de l'utérus, se montre surtout pendant la puberté.

Les symptômes de la gastralgie varient avec chaque maladie dans le cours de laquelle elle se montre; mais nous ne donnerons ici que les symptômes communs, et qu'on observe à peu près dans tous les cas.

La gastralgie est une affection essentiellement chronique, et marche par période irrégulière. La douleur est son symptôme principal; elle siége à l'épigastre, qu'elle occupe dans une étendue assez considérable; elle est spontanée; se calme souvent par l'action de ployer le corps en deux ou par la pression; néanmoins certains malades ne peuvent supporter le plus léger contact. Quelquefois brûlante, d'autres fois comparable à une plaie, elle a, le plus souvent, son type dans ce qu'on appelle la *crampe d'estomac*. C'est une douleur avec sentiment de constriction extrêmement vive, arrachant des plaintes aux malades, causant une angoisse excessive; et, à son plus haut degré, portant à la lipothymie. La douleur se propage quelquefois dans le ventre, dans les hypochondres et dans la région dorsale.

Quand la douleur est brûlante, elle remonte quelquefois jusqu'à la gorge, où elle détermine la sensation connue sous le nom de *pyrosis*.

L'appétit est habituellement conservé dans cette affection, la langue normale. Les vomissements rares, les accès peu intenses, servent souvent de crises aux accès violents. Si l'estomac était plein, ils sont alimentaires; s'il était vide, les vomissements sont muqueux ou bilieux. La constipation est habituelle; les bâillements, les sueurs, les lipothymies, sont des symptômes accessoires.

Habituellement cette affection procède par accès qui, comme ceux de la migraine, viennent en se rapprochant,

la douleur finit par devenir habituelle en même temps qu'elle perd de sa violence. Dans un degré avancé, la digestion est toujours plus ou moins troublée; et les douleurs varient avant, pendant et après les repas. Elles s'accompagnent de pesanteur, d'éructation, de régurgitation, et présentent alors des symptômes communs avec la dyspepsie; mais les antécédents, la marche et la succession des symptômes ne permettent pas de confondre ces deux affections.

Du reste, il ne faut pas perdre de vue que la gastralgie est, pour sa marche et sa terminaison, entièrement subordonnée à la maladie dont elle est un symptôme; et que, dans le traitement, comme dans le pronostic de la maladie, il faut toujours avoir présentes à l'esprit la goutte, la chlorose, la dartre et les autres maladies que nous avons énumérées précédemment.

Etiologie. — Les causes occasionnelles du développement des accès ou de l'aggravation des douleurs habituelles sont : les émotions morales, les changements de température, certains aliments qui varient avec les malades; les uns sont incommodés par les acides, d'autres par les fraises, d'autres par le sucre; le café nuit au plus grand nombre.

Traitement. — *Nux vomica, chamomilla, arsenicum, veratrum,* sont les principaux médicaments de la gastralgie. Viennent ensuite *belladona, cocculus, bryonia, pulsatilla, bismuthum, china, stannum, argentum nitricum, sepia* et *carbo vegetabilis*. La matière médicale offre encore un grand nombre de médicaments qui ne sont pas cités ici parce que la clinique n'a pas suffisamment justifié leur emploi.

Nux vomica est indiqué par les crampes d'estomac,

surtout celles qui surviennent le matin à jeun, ou vers la fin de la nuit, les vomissements alimentaires ou bilieux, les régurgitations acides; la constipation confirme son emploi. Les douleurs s'irradient dans les hypochondres ou sous le sternum et vers le cou; elles sont souvent excessives. La noix vomique convient surtout dans les constitutions sanguines, chez les individus forts; les gastralgies hémorrhoïdaire et hypochondriaque sont principalement de son ressort. La dose que j'ai le plus souvent employée est la 12e. Quand la douleur est violente, chez les sujets très-impressionnables, je prescris la 30e. Dans un cas où j'avais échoué avec les basses dilutions, j'ai réussi d'une manière définitive avec la 200e. Une dose par jour, donnée le soir, pendant quatre ou six jours, suffit comme traitement général. On peut, du reste, revenir à deux et trois doses par jour, si l'action est insuffisante. Pendant l'accès lui-même, il faut donner des doses rapprochées tous les quarts d'heure. Mais alors *nux vomica* est un médicament infidèle.

Chamomilla est bien plutôt un médicament de l'accès et convient contre les douleurs excessives, avec angoisse, agitation, désespoir, et principalement *sueur générale*, déterminée par l'intensité de la douleur. Nous nous sommes souvent bien trouvé de l'alterner avec *belladona*, indiquée aussi pendant l'accès, par des douleurs atroces, forçant le malade à se tenir penché en arrière. Nous prescrivons habituellement la 3e dilution de ces deux médicaments, à dose plus ou moins rapprochée, suivant l'intensité des douleurs.

Veratrum est indiqué dans les accès très-violents avec sueurs froides.

Arsenicum est, comme *nux vomica*, un médicament pour le traitement général. Douleurs brûlantes avec grandes angoisses, tendance aux syncopes, face pâle, soif

vive. La diarrhée ne contr'indique pas l'emploi de l'arsenic; le retour des douleurs la nuit est un bon signe pour ce médicament. Il convient principalement dans la gastralgie dartreuse; dose très-variable, de la 2e trituration à la 30e dilution.

Bismuthum est indiqué par des douleurs moins vives et plus habituelles et surtout par une *diarrhée chronique concomitante*. La dose est la 2e ou une 3e trituration; trois doses par jour pendant huit jours.

Stannum est indiqué dans des cas analogues par Hartmann. *Argentum nitricum* a été employé par le même auteur dans la gastralgie qui est liée à des hémorrhagies et souvent à la diarrhée. La migraine qui alterne avec la gastralgie est une indication de plus pour ce médicament. Hartmann prescrivait la 1re et la 3e trituration décimale.

Platina à la 30e dilution, convient dans la gastralgie hystérique, surtout quand les règles sont trop fortes et en avance. Ce médicament correspond aux douleurs en forme de crampe.

Sepia, dans les gastralgies liées à des affections utérines, principalement à la leucorrhée, douleurs peu vives, mais habituelles. Les dilutions le plus souvent employées sont la 12e et la 30e.

Plumbum est indiqué dans le traitement des gastralgies rebelles, accompagnées d'amaigrissement et d'une teinte jaune de la peau. Les douleurs sont excessives, s'étendant à l'abdomen et diminuant par la pression. Il existe des vomissements de matières muqueuses, épaisses, transparentes, semblables à du blanc d'œuf. Ces vomissements terminent habituellement le paroxysme douloureux. Constipation opiniâtre. J'ai toujours employé la 30e dilution; quelquefois ce médicament, même à cette dose, produit une aggravation, et il faut éloigner beaucoup les doses; un globule tous les trois ou six jours.

L'étude de la *matière médicale* indiquera l'emploi des autres médicaments sur lesquels je possède trop peu de données cliniques pour me permettre d'en spécifier l'emploi.

VOMISSEMENT NERVEUX.

Le vomissement nerveux, appelé aussi essentiel par les médecins qui appellent *essentielles* les maladies sans lésion, est une affection caractérisée par des vomissements très-fréquents de matières muqueuses, bilieuses ou alimentaires; par une marche irrégulièrement périodique, et par une durée toujours assez longue. Cette affection peut, daus certains cas encore trop fréquents, amener la mort des malades. Des autopsies faites avec le plus grand soin ont démontré qu'il n'existait aucune lésion dans l'estomac.

Le vomissement nerveux se montre chez les hommes et chez les femmes; il atteint celles-ci plus particulièrement pendant l'état de grossesse; mais il se montre aussi très-fréquemment après l'âge critique.

Les études cliniques que nous possédons sur ce point de la pathologie ne nous permettent pas, dans la plupart des cas, de rattacher sûrement le *vomissement nerveux* à une autre maladie dont il constituerait un symptôme. Nous sommes donc autorisé à le considérer comme une *maladie essentielle*. Cependant il convient de dire que le *vomissement nerveux* se produit quelquefois comme une *affection hystérique* et que, dans ce cas, bien qu'en apparence il présente des symptômes très-analogues à ceux du vomissement nerveux essentiel, il en diffère par l'ab-

sence de gravité. Ainsi nous avons observé une hystérique qui depuis l'âge de 7 ans est sujette à des vomissements nerveux quotidiens et qui ne garde guère que les aliments qu'elle prend couchée, et à la condition de s'endormir aussitôt après avoir terminé son repas. Cette femme qui, sauf quelques intervalles, vomit ainsi depuis trente ans, a conservé une certaine fraîcheur et les forces nécessaires pour se livrer aux soins de son ménage.

Le vomissement nerveux débute par des malaises stomacaux, de l'inappétence, de l'acidité de la bouche, des nausées avec salivation; puis les vomissements, d'abord muqueux, annoncent le début de la maladie. Ces vomissements se rapprochent de plus en plus et se répètent plusieurs fois par heure. Ils sont alimentaires toutes les fois que le malade prend des aliments; quand l'estomac est vide, ils sont surtout muqueux et ne deviennent bilieux qu'à une époque plus avancée.

Le plus habituellement il n'existe pas d'autre douleur que celle déterminée par les efforts des vomissements. D'autres fois il y a des douleurs épigastriques très-intenses. La constipation est un symptôme presque constant de cette affection.

L'affaiblissement fait des progrès rapides, et le malade est obligé de garder le lit. Bientôt l'amaigrissement et la perte des forces atteignent un degré excessif; il se produit alors une tendance au refroidissement qui est du plus mauvais augure.

Cette période du vomissement se prolonge ainsi pendant deux, trois et quatre mois; puis, si la maladie doit se terminer par la mort, la fièvre se développe; il y a fréquence du pouls avec tendance de plus en plus grande au refroidissement; la bouche est rouge, sèche, enflammée; les vomissements diminuent ou cessent même complétement; le délire, les hallucinations, puis enfin la som-

nolence viennent terminer la maladie. Cette dernière période dure souvent plus de huit jours.

Quand la maladie doit se terminer par la guérison, les vomissements s'éloignent; certains aliments passent bien, l'appétit augmente et la convalescence est assez rapide.

Traitement. — L'homœopathie a obtenu de nombreux succès dans le traitement de cette maladie, et il lui est arrivé fréquemment de guérir des femmes qui avaient été condamnées, par leur accoucheur, à subir l'avortement comme dernière ressource thérapeutique (voir le Mémoire de J. Davasse, *Art médical*).

Les médicaments principaux sont *nux vomica, graphites, arsenicum, veratrum, ipeca, plumbum, pulsatilla.*

Nux vomica est indiqué contre les vomissements violents, survenant surtout le matin, avec constipation opiniâtre. Les vomissements augmentent par le mouvement, et sont composés d'un mucus visqueux ou de bile; les douleurs gastralgiques confirment le choix de ce médicament.

Graphites, quand les vomissements sont surtout composés de boissons ou de matières alimentaires. *Graphites* pris après les repas réussit souvent, surtout si on a soin de faire prendre *nux vomica* avant le repas. Dans beaucoup de dyspepsies, le repas placé entre *nux vomica* et *graphites* passe sans fatigue et sans vomissement. Je prescris habituellement la 12e dilution pour ces deux médicaments.

Ipeca est indiqué contre les vomissements fréquents *avec état nauséeux continuel;* la diarrhée est un symptôme qui confirme l'emploi de ce médicament; doses : de la teinture mère à la 6e dilution.

Pulsatilla. Vomissement avec sensation de froid; dégoût pour les choses grasses et les viandes; appétence pour les

acides, répulsion pour les boissons ; dose : 6e dilution.

Arsenicum, veratrum et *plumbum* conviennent à des états plus avancés.

Plumbum. Vomissements douloureux avec efforts violents; constipation opiniâtre ; soulagement des douleurs par la pression ; teinte ictérique ; affaiblissement du pouls, refroidissement ; tendance à la somnolence, la 30e dilution m'a toujours suffi. J'ai souvent alterné *plumbum* avec *opium* 6e. Ce dernier le soir, *plumbum* le matin.

Arsenicum. Indiqué par la douleur brûlante à l'épigastre, la soif, l'angoisse, l'agitation; convient à la période grave des vomissements nerveux ; froid, fréquence et petitesse du pouls ; délire, hallucination ; dose : 3e à la 30e dilution.

Veratrum. Dans des cas analogues avec froid et surtout sueurs froides ; vomissements violents.

A une période moins avancée, *veratrum* est indiqué par la conservation de l'appétit, malgré les vomissements ; dose : de la 6e à la 30e. *Tabacum* a guéri un cas qui durait depuis plusieurs années.

On a encore indiqué, et les observations cliniques ont justifié l'emploi de *sepia, belladona, aconitum, platina, natrum muriaticum, staphysagria, coffea, castoreum, hepar sulfuris, cocculus* et *lachesis* contre les vomissements nerveux.

L'hydrothérapie est un bon moyen et qui devrait être tenté dans les cas rebelles. L'avortement provoqué, proposé contre les vomissements incoercibles de la grossesse est un moyen qui doit être entièrement rejeté, parce que, employé trop tôt, il fera regretter une médication tout à la fois inoffensive et plus puissante, et, qu'employé trop tard, il ne sert qu'à précipiter l'issue funeste de la maladie. C'est du reste un moyen criminel lorsqu'il est pratiqué avant la viabilité du fœtus.

POLYDIPSIE.

C'est une névrose caractérisée par une soif excessive et par des urines non sucrées en proportion avec les boissons; c'est le *diabète insipide*, la *polyurie* des auteurs.

La maladie débute souvent dès la seconde enfance, reste dans des proportions assez réduites jusqu'à la puberté, époque à laquelle elle prend tout son développement. Quand la maladie débute dans l'âge adulte, elle acquiert très-rapidement sa plus grande intensité.

Les deux sexes y sont également sujets. Nous ne savons rien de positif sur les conditions de sa production; elle est héréditaire dans certaines familles.

Le symptôme dominant de la maladie est une soif inextinguible; soif que n'interrompt pas même le sommeil; les malades se réveillent toutes les deux heures pour boire. Un malade de l'Hôtel-Dieu buvait une voie d'eau chaque nuit.

Les urines sont en proportion des boissons; elles sont limpides, ne contiennent ni sucre ni albumine; elles se putréfient facilement.

La bouche et le pharynx sont secs, la salive rare; il existe au creux de l'estomac un sentiment analogue à celui de la faim, et une sensation de froid plus ou moins marquée.

Cette maladie, habituellement incurable, ne semble pas abréger l'existence; elle est compatible avec une santé passable. L'appétit est normal; il y a quelquefois de l'amaigrissement, mais toujours une certaine faiblesse. On a noté que les malades étaient très-impressionnables au froid; les fonctions génitales restent intactes.

Traitement. — *Phosphori acidum* est le médicament principal : soif inextinguible, urines très-abondantes et limpides, sentiment de froid dans l'estomac, conservation des facultés génitales.

Belladona : soif inextinguible avec angoisse, urines très-abondantes et limpides comme de l'eau. *Mercurius,* à des symptômes très-analogues, mais l'un et l'autre médicament produisent une diminution dans les facultés génitales qui semble les spécialiser davantage pour le traitement du diabète. *Calomelas,* poussée jusqu'à la salivation, a déterminé la guérison d'un cas de polydipsie. *Camphora* (esprit de camphre) est un bon palliatif.

On cherchera ensuite parmi, *carbo vegetabilis, conium, ledum palustre, veratrum* et *arsenicum.*

ULCÈRE SIMPLE.

Cette maladie a été confondue jusque dans ces derniers temps avec le *cancer de l'estomac,* et son histoire nosographique est une conquête toute récente de la médecine contemporaine.

L'*ulcère* simple de l'estomac est une maladie caractérisée anatomiquement par l'ulcération circonscrite et perforante des membranes de l'estomac. Elle s'accompagne d'une dyspepsie douloureuse, de vomissements, d'hématémèse, et peut se terminer par la perforation de l'estomac.

Les histoires particulières que nous possédons sur cette maladie ne permettent pas encore de décrire des *formes* définitives. Cependant, nous avons cru pouvoir essayer

d'établir une *forme commune*, une *forme hémorrhagique*, une *forme latente* et une *forme aiguë ;* l'observation ultérieure ratifiera ou modifiera cette classification.

Forme commune. — Elle débute par de l'inappétence et de la dyspepsie ; le dégoût pour les aliments va croissant, en même temps que la digestion de ceux qui sont ingérés devient de plus en plus difficile ; bientôt cette digestion s'accompagne d'une douleur aiguë, brûlante, siégeant dans un espace circonscrit vers l'appendice xiphoïde. Cette douleur augmente considérablement par la pression, par le mouvement, oblige le malade à garder le repos dans une attitude qui varie avec le siége de la lésion. Cette douleur correspond en arrière, à la première vertèbre lombaire et aux dernières dorsales. Elle a pour caractère d'être réveillée ou augmentée par le repas, de durer autant que la digestion stomacale, et de disparaître ou de diminuer après le vomissement ou lorsque les aliments ont franchi le pylore.

Quand la douleur a atteint un certain degré, la maladie s'accompagne de vomissements ; vomissements d'abord alimentaires, ayant lieu une ou deux heures après les repas ; quand la maladie est plus avancée, les vomissements deviennent glaireux et se produisent quand l'estomac est vide. Souvent les matières vomies présentent de petits flocons noirâtres qui indiquent une exsudation sanguine à la surface de l'estomac malade.

L'inappétence, les douleurs, les vomissements, produisent plus ou moins vite un état de maigreur considérable, mais le teint reste bon pendant très-longtemps.

Arrivée à ce point, la maladie peut guérir par la cicatrisation de l'ulcération ; alors, les symptômes disparaissent peu à peu et dans l'ordre inverse de leur appa-

rition. Au lieu de guérir, la maladie peut s'aggraver progressivement et amener la mort par *inanition ;* mais le plus souvent on observe des accidents qui accélèrent singulièrement la terminaison fatale ; ces accidents sont l'*hémorrhagie* et la *perforation.*

L'hémorrhagie, que nous verrons dans un instant constituer le symptôme habituel d'une forme particulière de l'*ulcère simple,* survient presque toujours à titre d'*accident* dans la forme commune ; elle est très-abondante, quelquefois mortelle ; elle est suivie de mélæna.

La perforation arrive dans le huitième des cas ; c'est un accident plus ou moins rapidement mortel. Quand la perforation se fait directement dans la cavité du péritoine, une douleur brusque, l'affaissement des traits, la pâleur, le froid, annoncent le début d'une péritonite suraiguë, mortelle en quelques heures. Quand la perforation est limitée par des adhérences, il en résulte une inflammation qui se propage aux organes voisins, suivant des lois exposées en anatomie pathologique, et détermine des pleurésies et surtout des péritonites généralisées.

Forme hémorrhagique. — Cette forme débute d'emblée par une hématémèse ; si le vomissement de sang a été précédé de souffrances gastriques, elles n'ont rien de déterminé, et souvent passent inaperçues. Les hémorrhagies se répètent à intervalles plus ou moins éloignés, tous les huit jours, tous les mois ; d'abord éloignées, elles deviennent plus fréquentes, à mesure que la maladie fait des progrès. Dans les intervalles, les malades éprouvent à des degrés divers l'inappétence et la douleur que nous avons décrites précédemment. Ils présentent en plus tous les signes de l'anémie, et la décoloration de la peau aug-

mente encore la ressemblance de cette forme de l'ulcère simple avec le cancer.

A sa période d'état, la maladie est constituée par des vomissements noirs, revenant, fréquemment, et par la douleur xiphoïdienne. Les vomissements habituels d'aliments sont rares dans cette forme, nous ne les avons jamais observés.

La maladie peut guérir, alors les hémorrhagies ne reparaissent plus; la douleur diminue et disparaît, l'appétit renaît, et la convalescence est assez rapide; mais il faut savoir que la maladie peut récidiver avec la même forme après quelques années. Le plus souvent, la maladie se termine par la mort, soit par épuisement, soit par perforation, soit à la suite d'une hémorrhagie foudroyante.

Forme latente. — Il existe des observations dans lesquelles on a trouvé à l'autopsie des ulcérations de l'estomac sans qu'il ait existé pendant la vie autre chose qu'un peu de dyspepsie. Ainsi l'hématémèse, la douleur xiphoïdienne, les vomissements habituels d'aliments peuvent manquer pendant la plus grande partie de la durée de l'*ulcère de l'estomac*, qui n'est reconnu qu'à l'autopsie, quand la mort survient à l'occasion d'une autre maladie. Cette forme peut se terminer brusquement par une perforation que rien n'avait fait prévoir, ou par la guérison des ulcérations dont plus tard on retrouve les cicatrices dans l'estomac.

Forme aigue. — Quelques cas observés chez les enfants, avant l'âge de 2 ans, permettraient de décrire une *forme aiguë* de l'ulcère simple. La maladie s'annonce tout d'abord par un état grave, mouvement fébrile, vomissements incessants, affaissement des traits, amaigrisse-

ment rapide et mort par perforation, souvent après quelques jours de maladie.

L'ulcère de l'estomac siége le plus souvent, non pas au pylore, mais dans la moité de l'estomac qui avoisine le pylore ; plutôt sur la face postérieure, et vers la petite courbure ; la forme de l'ulcère est circulaire ; elle peut atteindre et dépasser la grandeur d'une pièce de cent sous. Le fond est grisâtre, les bords sont coupés à pic et tuméfiés ; les parties voisines sont d'un rouge blanchâtre, et le siége d'une inflammation évidente. Cet ulcère est *perforant*, il détruit successivement les tuniques de dedans au dehors ; le plus souvent il est unique ; il peut être multiple et à des degrés divers d'évolution.

L'hémorrhagie se fait par exsudation sur la muqueuse enflammée ; mais elle se fait le plus souvent par l'érosion des vaisseaux artériels plus ou moins volumineux, et dont on retrouve les orifices béants au fond de l'ulcère.

L'*ulcère simple* de l'estomac est une maladie fréquente dans le nord de l'Europe et en particulier en Allemagne. Il est déjà fréquent de 20 à 30 ans, ce qui n'a pas lieu pour le cancer ; on l'observe dès les premiers mois de la vie et jusque dans la plus extrême vieillesse, mais principalement de 20 à 60 ans.

Pendant la puberté, les *femmes* sont beaucoup plus sujettes que les hommes à l'ulcère de l'estomac. Les hémorrhoïdaires sont aussi très-exposés à cette maladie.

Les causes occasionnelles sont l'abus de boissons alcooliques et les excès de table.

Cette maladie a été longtemps confondue avec le cancer de l'estomac, et l'ulcère simple, décrit comme une ulcération cancéreuse. Les hémorrhagies très-abondantes, la douleur xiphoïdienne, le soulagement par la vacuité de l'estomac, l'absence des signes de la cachexie cancéreuse, l'absence de tumeur, permettent habituellement de dis-

tinguer l'ulcère simple du cancer; mais, il y a des cas où le diagnostic devra rester douteux; d'après Trousseau, l'*ulcère* serait une maladie antagoniste du cancer. Quant au pronostic, il ressort suffisamment de l'histoire des symptômes et de la marche de la maladie.

Traitement.—La clinique homœopathique nous fait complétement défaut pour tracer l'histoire du traitement de l'*ulcère simple*, parce que sa distinction est toute récente, et que, jusqu'à ces derniers temps, son histoire se trouve confondue avec celle du cancer et des dyspepsies.

Les médicaments indiqués par la matière médicale sont : *arsenicum, lycopodium, mezereum, phosphorus, nitri acidum, plumbum, opium, carbo vegetabilis; nux vomica* et *graphites* administrés comme dans le traitement de la dyspepsie rendent aussi des services au commencement de la maladie.

Arsenicum, indiqué par la lésion, convient contre la douleur brûlante, augmentée par l'ingestion des aliments; il est indiqué par les vomissements pituiteux, surtout par les vomissements noirs. L'anxiété et l'agitation appartiennent encore à ce médicament.

Lycopodium. Douleur de pesanteur qui augmente par la pression, en se tenant assis, par les aliments qui semblent tomber sur une partie à vif; par des rapports aigus et brûlants, le pyrosis, les vomissements d'aliments et surtout les vomissements de sang caillé.

Mezereum. Douleur brûlante d'estomac augmentant par la pression et les aliments; pesanteur de longue durée après le repas. Vomissements énormes tous les jours; vomissements de sang extrêmement abondants.

Phosphorus correspond à la douleur xiphoïdienne augmentant ou se manifestant seulement pendant le repas, augmentant par la pression; il correspond encore

aux vomissements d'aliments et aux vomissements noirs.

Plumbum, nitri acidum, veratrum, carbo vegetabilis, correspondent aussi aux vomissements noirs.

Opium à doses pondérables a donné de bons résultats contre les douleurs.

Régime. — Le régime lacté est celui qui réussit le mieux. Souvent nous avons pu faire digérer au malade des jaunes d'œufs crus mélangés au lait. Un certain nombre de malades se trouvent soulagés par les boissons très-chaudes.

CANCER.

C'est la localisation de la diathèse cancéreuse sur l'estomac. Cette affection présente de grandes différences, suivant qu'elle se rattache à la *forme commune,* à la *forme aiguë* ou à la *forme chronique* du cancer. Le siége de la lésion imprime encore aux symptômes des différences fort importantes, et de tout temps on a distingué le *cancer du pylore,* le *cancer* du *cardia* et le *cancer du corps de l'estomac*. Nous décrirons d'abord le *cancer du pylore* dans la *forme commune,* puis nous indiquerons les variétés qui dépendent de la forme du cancer et de la différence du siége de la lésion.

Cancer du pylore, de forme commune. — Cette affection est annoncée par des *prodromes* de longue durée. Quelquefois ce sont des gastralgies qui tourmentent le malade pendant de longues années; d'autres fois ce sont des dyspepsies

opiniâtres. Une tristesse hypochondriaque, de l'amaigrissement, l'altération du teint, une dyspepsie croissante ; des vomissements alimentaires encore éloignés ; un grand développement de gaz et des rapports fréquents; une douleur sourde, quelquefois aiguë, se propageant aux lombes et dans la région des hypochondres ; une détérioration prématurée de l'économie; une certaine lividité de la face, mais principalement une anorexie croissante et bientôt absolue constituent les symptômes de la première période du cancer; cette première période peut se prolonger pendant des mois ; elle s'améliore quelquefois beaucoup sous l'influence du régime et du traitement; la maladie subit à ce moment un temps d'arrêt bien marqué.

Période d'état. Les vomissements constituent le symptôme dominant de cette période. D'abord alimentaires, ils deviennent chaque jour plus fréquents et surviennent une ou deux heures après le repas ; ils présentent souvent un phénomène fort curieux : l'estomac semble faire un choix de certains aliments, qu'il rejette toujours, en sorte que le vomissement contiendra des aliments pris la veille ou l'avant-veille, tandis que les aliments pris au dernier repas sont conservés un peu plus tard. Aux vomissements alimentaires se joignent des vomissements d'un mucus visqueux, acide ou limpide, quelquefois mêlé de sang ; de temps à autre apparaissent des *vomissements noirs*, analogues à du marc de café. Ces vomissements n'appartiennent dans les maladies chroniques, qu'à deux affections : le cancer et l'ulcère simple de l'estomac ; en même temps l'estomac présente un grand développement de gaz, qui donnent lieu à des éructations nombreuses, bruyantes et fétides; l'amaigrissement fait des progrès rapides, sous la triple influence de l'absence de nourriture, des douleurs et de la perte du sommeil. La constipation, habituelle pendant la plus grande durée du cancer

de l'estomac, peut faire son apparition à la fin de cette période.

La *palpation* et la *percussion* permettent de constater un développement énorme de l'estomac et le plus souvent l'existence d'une tumeur dure, inégale, adhérente ou non, située à droite de l'épigastre, entre l'ombilic et les fausses côtes.

A cette période, la maladie peut encore subir un temps d'arrêt, mais tôt ou tard elle arrive à la période de cachexie.

Des vomissements continuels, des hoquets et des rapports très-fétides, la langue sèche et rouge, une diarrhée colliquative, le marasme, la perte des forces, des œdèmes, le muguet ultime, caractérisent la période de *cachexie*. La mort survient alors par épuisement et inanition. Quelquefois elle survient prématurément par hématémèse ou à la suite de la perforation de l'estomac et d'une péritonite suraiguë; des adhérences retardent habituellement l'épanchement du contenu de l'estomac dans le péritoine, et la mort arrive plus lentement.

Il est fréquent d'observer l'extension du cancer au foie; il faut ajouter aux symptômes déjà décrits : la tuméfaction du foie, l'ictère et quelquefois une hydropisie bornée à la cavité abdominale.

Cancer du cardia. Cette variété se distingue par de la dysphagie, des régurgitations et des vomituritions de matières glaireuses, sanguinolentes ; des vomissements survenus immédiatement ou presque immédiatement après le repas. Les symptômes d'inanition se montrent très-rapidement; l'estomac ne présente pas de dilatation et on ne peut pas constater de tumeur.

Cancer du corps de l'estomac. C'est dans cette variété

que les vomissements sont les plus rares; ils peuvent manquer complétement. Quand le cancer siége à la face antérieure ou vers la grande courbure, il peut être constaté par la palpation. La région occupée par cette tumeur varie avec l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac. Le cancer du corps de l'estomac permet la nutrition dans une certaine mesure; et la vie est plus longtemps compatible avec cette variété qu'avec le cancer du pylore et surtout avec celui du cardia.

Les formes *chronique* et *aiguë* du cancer impriment un cachet particulier à la marche de l'affection; très-lente dans le premier cas et présentant des temps d'arrêt considérables, elle va très-rapidement dans les cas de cancer aigu et termine son évolution en quelques semaines; les vomissements noirs ne sont pas plus fréquents dans cette forme.

Etiologie. — Indépendamment des causes générales du cancer, nous signalerons l'abus des excitants, et en particulier de l'alcool. La prédominance d'aliments végétaux pris en grandes quantités, me semble expliquer la fréquence de cette localisation chez les cultivateurs. C'est habituellement de 40 à 50 ans qu'éclate le cancer de l'estomac. Cependant Andral rapporte une observation chez un jeune homme de 22 ans. Cette localisation du cancer est fréquente chez l'homme.

Traitement. — Il est entièrement palliatif. *Nux vomica, graphites, arsenicum, carbo vegetabilis, mezereum,* sont les principaux médicaments. Nous renvoyons pour le choix de ces médicaments aux chapitres de la *dyspepsie* et de l'*ulcère simple*.

L'*opium* à haute dose est un moyen palliatif qui soulage beaucoup certains malades; et que nous ne devons

pas négliger lorsque les autres médicaments restent insuffisants. On commence par 5 centigrammes, et on augmente progressivement.

Le régime alimentaire est ici d'une importance capitale. A la *période d'état*, le lait et le bouillon doivent constituer toute la nourriture; le vin doit être entièrement proscrit; la bière qui est favorable dans certaines dyspepsies est rarement supportée par les cancéreux. Les eaux minérales sont ici particulièrement pernicieuses.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE L'INTESTIN

DIARRHÉE.

La diarrhée est une affection caractérisée par des selles liquides et fréquentes. Cette affection se rencontre dans un grand nombre de maladies : fièvres continues, éruptives, intermittentes; diathèses; maladies constitutionnelles; cachexies; elle joue le plus souvent le rôle d'un symptôme. D'autres fois elle constitue une crise favorable dans les maladies. Cette affection offre un grand nombre de variétés : diarrhée séreuse, stercorale, bilieuse, muqueuse, sanguinolente, lientérique; ces variétés sont en rapport avec les maladies dont la diarrhée est un symptôme, et elles constituent l'un des chapitres les plus importants de la séméiotique.

En outre, la diarrhée constitue une maladie essentielle, qui tient à la fois des phlegmasies et des flux; et est habituellement rangée dans l'ordre des catarrhes. C'est le *catarrhe intestinal* de la plupart des auteurs.

La diarrhée présente à étudier quatre formes : la *forme bénigne*, la *forme commune*, la *forme grave* ou *cholériforme*, la *forme chronique*.

Forme bénigne. — Elle débute par du malaise stomacal et intestinal, un sentiment de nausée, quelquefois un

vomissement; des coliques, des borborygmes, des selles liquides, jaunes, foncées, verdâtres, écumeuses, brûlantes, bilieuses. L'évacuation soulage les coliques qui se reproduisent bientôt et sont suivies de nouvelles évacuations. Les vomissements ne se reproduisent pas. Le premier jour, on observe : anorexie, langue blanche, goût pâteux et fade ou amer; mais ces symptômes se dissipent promptement; moins de vingt-quatre heures après le début, l'appétit renaît, le malaise disparaît; les évacuations s'éloignent, cessent, sont remplacées par quelques jours de constipation ; et la maladie est terminée en vingt-quatre ou quarante-huit heures, trois jours au plus.

Forme commune. — Les vomissements du début sont plus nombreux et il y a un mouvement fébrile très-marqué. Le malaise, l'anorexie, la courbature, sont par conséquent plus considérables que dans la forme bénigne. Il y a de l'affaiblissement, de la pâleur, et chez les petits enfants, un amaigrissement rapide et très-notable. Les selles plus nombreuses offrent des caractères divers ; vert foncé chez l'adulte, elles sont le plus souvent glaireuses chez l'enfant, et présentent l'apparence d'herbes vertes hachées, au milieu d'un mucus jaunâtre. La maladie se prolonge un, deux et trois septénaires, elle détermine un érythème de la région anale.

Forme grave ou choléra infantilis. — Cette forme est exclusivement propre aux enfants, depuis leur naissance jusqu'à la fin de la première dentition. C'est la *diarrhée du sevrage*, la *maladie d'été*.

Le *choléra infantilis*, malheureusement trop fréquent, est caractérisé par des vomissements incessants, des selles entièrement séreuses, une soif inextinguible, un

dépérissement extrêmement rapide. Il est souvent mortel en quelques heures.

Cette forme débute ordinairement par une simple diarrhée. Cette diarrhée, stercorale ou bilieuse, se prolonge pendant un temps variable, mais qui ne dépasse pas un septénaire. Alors les accidents éclatent tout à coup et la maladie revêt l'allure foudroyante qui lui est particulière.

Des vomissements incessants, des selles séreuses, une soif que rien ne peut apaiser, marquent le début de cette période. Les vomissements d'abord alimentaires, ne contiennent plus bientôt que les boissons, que les petits malades réclament incessamment avec des cris pitoyables; les selles, entièrement séreuses, ressemblent à de l'eau très-légèrement teinte en jaune et contenant quelquefois de petits flocons verdâtres. Ces selles sont tellement liquides, qu'elles sont souvent prises pour des urines par les mères inexpérimentées; tandis qu'au contraire les urines sont rapidement supprimées. Dès les premières évacuations cholériformes, le facies s'altère, la peau se refroidit et l'amaigrissement marche avec une rapidité incroyable. Le pouls est petit et fréquent. Le plus souvent les malades sont agités et anxieux, le ventre est plat, les parois ont perdu toute élasticité, en sorte que, si on les pince entre les doigts, le pli reste longtemps marqué. Si les petits malades doivent succomber dans cette période, l'agitation cesse; l'enfant indifférent à tout n'a plus qu'un sentiment, celui de la soif, et si affaibli qu'il soit, il se précipite avec avidité sur la cuiller ou sur la tasse qu'on lui présente. Les vomissements cessent, la diarrhée devient involontaire et incessante; le refroidissement fait des progrès, l'amaigrissement est considérable, les traits sont tirés, les yeux creux, la peau plombée, les lèvres et les ongles légèrement bleuâtres;

les évacuations se suspendent quelquefois tout à fait; et les enfants succombent, soit dans le coma, soit dans une syncope. Si le malade ne meurt pas dans la période algide, la réaction s'établit, la peau se réchauffe, le regard s'anime, le pouls reprend de la force, les vomissements cessent, le ventre se ballonne, la diarrhée devient bilieuse, les urines reparaissent et la soif diminue. Dans les cas heureux, la réaction se maintient et la guérison s'opère encore assez facilement.

D'autres fois, la réaction est incomplète, et tous les symptômes de la première période reparaissent, et avec eux le danger extrême. Dans certains cas, la maladie oscille ainsi pendant six, huit, dix et quinze jours; elle peut encore se terminer par la guérison ou par la mort. D'autres fois, elle se prolonge ainsi et arrive à une période toute différente, à l'*état chronique*.

Période chronique. Les vomissements ont cessé, il n'y a plus de refroidissement; la diarrhée n'est plus constamment séreuse, elle est *lientérique;* l'amaigrissement est extrême, la faiblesse considérable; il survient de l'œdème, des pétéchies, la soif persiste; il y a tantôt du dégoût, tantôt de la voracité; et les malades succombent au bout de quelques semaines, si l'art n'intervient pas efficacement : la mort arrive, soit par un retour à l'état aigu, soit dans l'état cachectique.

Forme chronique. — La clinique ne permet pas de dire si, dans un certain nombre de cas, cette forme ne débute pas par un état aigu; elle est surtout fréquente dans la première enfance, elle se rattache étroitement à la première dentition et au sevrage. La diarrhée chronique est souvent symptomatique d'une diathèse, d'une maladie constitutionnelle ou d'une cachexie. Elle est surtout fréquente dans la maladie scrofuleuse. Trousseau, dans sa

Clinique, rapporte un exemple d'une diarrhée syphilitique. Pour mon compte, je l'ai observée plusieurs fois chez les diabétiques.

La diarrhée chronique essentielle est une affection rare dans l'âge adulte, elle semble liée à une alimentation vicieuse.

La diarrhée chronique peut être bilieuse, stercorale, muqueuse, sanguinolente; mais son caractère le plus constant est la *lientérie*, c'est-à-dire que les aliments passent dans les selles incomplétement digérés, et plus ou moins reconnaissables. Les selles ne sont pas aussi fréquentes que dans les autres formes; elles surviennent habituellement dans la matinée, d'autres fois immédiatement après les repas; elles sont très-souvent indolores. Cette diarrhée s'accompagne de voracité qui alterne avec de l'anorexie; la soif existe presque toujours à un certain degré; l'amaigrissement, la perte des forces sont des symptômes constants dans la période avancée. Cependant, chez l'adulte, la diarrhée chronique est compatible avec un état de santé relatif; c'est-à-dire que les malades, tout en conservant assez de forces pour vaquer à leurs occupations, gardent une diarrhée modérée pendant la plus grande partie de leur vie. J'ai guéri une vieille femme qui était lientérique depuis quarante ans. Mais la maladie reste rarement stationnaire, surtout dans la première enfance. Si elle ne guérit pas par le changement de régime ou par l'intervention de l'art, elle ne tarde pas à s'aggraver et à entraîner la mort après quelques mois de durée. Les selles deviennent plus fréquentes, la soif augmente, l'amaigrissement surtout fait des progrès et constitue le symptôme dominant; il commence par la région du cou où il reste toujours plus marqué; la face se creuse, se ride, devient terne et prend l'aspect caduc; les membres sont réduits absolument à la peau et aux os; les côtes, les

apophyses épineuses et les ischions font des saillies considérables; le ventre seul reste volumineux et quelquefois ballonné; l'œdème, les pétéchies, les eschares et le muguet sont des phénomènes ultimes. La pneumonie et la congestion pulmonaire sont les complications les plus fréquentes de cette maladie. La mort survient, soit par une de ces complications, soit par épuisement, soit par un état cholériforme.

Les lésions siégent surtout dans le gros intestin. Ce sont des inflammations, des ulcérations, des ramollissements. Les auteurs rapportent des observations de diarrhée chronique suivie de mort sans aucune lésion.

Ce point a besoin d'être revu.

Traitement. — *Forme bénigne. Ipeca, croton tiglium, colocynthis* et *chamomilla,* sont les quatre médicaments principaux.

Ipeca au début, quand il y a des nausées ou des vomissements, 2 gouttes de la 3e dilution dans une potion de 200 grammes, une cuillerée toutes les trois heures.

Croton tiglium est indiqué par des coliques vives, suivies de selles promptes, s'échappant par jet avec beaucoup de vents; les selles sont bilieuses et ressemblent aux évacuations produites par un purgatif; une sensation de poivre dans l'arrière-gorge, la cuisson de l'anus spécialisent encore davantage ce médicament.

Colocynthis. Diarrhée excessive, selles vertes, glaireuses, ténesme.

Chamomilla, plus spéciale chez les petits enfants; selles hachées, avec coliques; une joue rouge et l'autre pâle, cris continuels, colère. Les vomissements ne contre-indiquent pas l'emploi de ce médicament.

Ces trois médicaments s'administrent comme le précédent.

Forme commune. L'*ipeca* et la *chamomilla* sont les deux médicaments du début; il faut y insister tant que le mouvement fébrile persiste. Plus tard, l'un des médicaments cités précédemment sera indiqué; et on arrivera rapidement, s'ils sont inefficaces, à *phosphori acidum* et *calcarea acetica,* alternés comme nous le dirons dans le traitement de la forme chronique.

Cholera infantilis. Il ne faut pas perdre son temps à administrer *ipeca* et *chamomilla. Veratrum* est le médicament principal, et s'il échoue, les autres médicaments restent habituellement impuissants. J'emploie la 12e dilution et, plus souvent, la 6e; quatre globules dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures ou toutes les demi-heures.

Si *veratrum* échoue, on pourra encore essayer *arsenicum, tartarus;* et *carbo vegetabilis* tout à fait à la fin.

Parmi les médications indiquées en dehors de l'homœopathie, je ne rappellerai que les bains sinapisés, qu'on devrait essayer si la maladie n'était pas enrayée promptement par les médicaments. 50 grammes de farine de moutarde délayée dans de l'eau froide jusqu'à consistance de bouillie, enfermée ensuite dans un nouet et exprimée dans 25 litres d'eau; l'enfant reste dans ce bain jusqu'à ce que la garde qui le maintient dans la baignoire sente ses bras pris d'un picotement intense.

Si la maladie passe à l'état chronique, *veratrum* devra encore être essayé, s'il n'a pas été donné déjà; autrement *phosphori acidum* et *calcarea acetica* formeront la base du traitement.

Forme chronique. —*Arsenicum, china, calcarea acetica, phosphori acidum,* sont les médicaments principaux; viennent ensuite *oleander, ferrum* et *sulfur.*

Arsenicum est indiqué par les selles lientériques, sur-

venant principalement la nuit et le matin, avec soif, amaigrissement, agitation et anxiété nocturne. L'œdème et les pétéchies ne contre-indiquent pas l'emploi de ce médicament. D'après les conseils du Dr Teste, j'ai surtout employé la 3e trituration, de 5 à 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les huit heures. J'ai eu quelquefois des aggravations. J'ai expérimenté aussi ce médicament à la 30e dilution en globule, et j'ai obtenu des guérisons.

China est aussi un médicament de la lientérie, il est principalement indiqué quand les selles sont provoquées par le repas. Comme l'*arsenicum*, je l'ai employé à toutes doses. J'ai eu des guérisons par quelques gouttes de la 3e et par des globules de la 30e. Je prescris d'abord les basses dilutions, et si je ne réussis pas, si surtout je provoque une aggravation, je passe à la 30e dilution.

Calcarea acetica et *phosphori acidum* sont surtout indiqués contre la diarrhée chronique des enfants, que cette diarrhée soit primitivement chronique ou qu'elle se soit établie à la suite du *choléra infantilis*. Depuis des années, j'ai coutume d'alterner ces médicaments de la manière suivante : je prescris deux potions contenant 3 gouttes de la 3e dilution, et je donne alternativement toutes les quatre heures une cuillerée de l'une et une cuillerée de l'autre.

Oleander est un médicament de la lientérie : selles trop faciles, involontaires, avec vents extrêmement fétides, nausées avec eau à la bouche et serrement de la gorge, vomissements fréquents d'aliments.

Ferrum. Ses indications sont mal précisées, il convient plutôt à la diarrhée sans douleur.

Sulfur convient à la lientérie ; il est aussi indiqué par les selles bilieuses, écumeuses, évacuées rapidement avec tranchée et borborygme.

Régime. — Le régime est extrêmement important dans la diarrhée. Dans la *forme commune* et dans la *forme bénigne :* la diète absolue, les boissons féculentes et gommeuses, l'eau albumineuse prise en petite quantité, le séjour au lit pendant les premiers jours. Quand l'appétit revient, les potages maigres, au beurre et au sel, les panades très-legères, l'œuf à la coque, puis la viande rôtie et grillée.

Dans la *forme grave,* il faut ajouter l'*eau glacée* par petites quantités comme tisane.

Dans la période chronique de la diarrhée cholériforme et dans la diarrhée primitivement chronique, la diète lactée et principalement le retour à l'*allaitement* est le meilleur régime. Quand l'allaitement n'est pas possible, le lait de chèvre convient mieux que celui des autres animaux. La viande crue, conseillée par le Dr Weisse, prônée outre mesure par Trousseau, compte des succès incontestables; mais nous n'avons jamais été dans la nécessité de recourir à ce régime.

CHOLÉRA NOSTRAS.

Cette maladie est caractérisée par des évacuations bilieuses par haut et par bas; par des crampes et par la tendance au refroidissement. Elle est sporadique ou épidémique; il ne faut donc pas, pour la distinguer du choléra indien, l'appeler choléra sporadique.

Sydenham, décrivant cette maladie, dit qu'elle revient au mois d'octobre comme les hirondelles au printemps. Ses *causes occasionnelles* les plus fréquentes sont les excès de table, l'abus des fruits, les refroidissements, et surtout l'usage de la glace et des boissons glacées.

Le *choléra nostras* débute par des vomissements et de la diarrhée. Les évacuations sont bilieuses, jaunes, vertes, noirâtres ; elles s'accompagnent de douleurs atroces, de coliques et bientôt de crampes dans les membres. La soif est extrême, les urines diminuées, presque supprimées ; le pouls fréquent, petit, défaillant ; tendance au refroidissement ; amaigrissement rapide ; facies altéré, pâle, jaunâtre, mais non asphyxique.

Si la maladie se termine par la *guérison*, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, les vomissements cessent d'abord, puis la diarrhée ; le pouls se relève ; les urines reparaissent ; la chaleur revient plus ou moins intense, mais jamais la réaction ne s'exagère et ne devient dangereuse comme dans le choléra indien.

Le *choléra nostras* se termine quelquefois par la mort chez les vieillards et les personnes affaiblies. Les évacuations persistent, le refroidissement augmente ; la face et les extrémités deviennent livides et les malades succombent par asphyxie ou par syncope.

On voit que dans le *choléra nostras* les signes d'asphyxie sont des phénomènes ultimes, analogues à ceux que l'on observe dans beaucoup de maladies, et qu'ils ne constituent pas un caractère nosologique, comme dans le choléra indien.

Traitement. — *Ipeca*, *veratrum*, *cuprum* et *croton tiglium* sont les principaux médicaments de cette maladie. Nous renvoyons au chapitre du choléra indien pour les indications particulières de chacun d'eux.

CONSTIPATION.

La constipation est une affection morbide caractérisée par la rareté et la dureté des selles.

Cette affection est symptomatique d'un grand nombre de maladies et de lésions. Indépendamment des obstacles mécaniques, comme tumeur du bassin, déplacement de l'utérus, rétrécissement de l'intestin, la constipation reconnaît pour cause les paralysies par suite de lésions de la moelle épinière, les dyspepsies et les hémorrhoïdes, l'empoisonnement saturnin.

Il n'est pas demontré que la constipation puisse se développer en dehors de ces conditions et constituer, même chez les vieillards, une maladie essentielle.

Etiologie. — Voici les conditions qui, dans les états morbides précédemment énumérés, favorisent le développement de la constipation : le sexe féminin, la vieillesse, des occupations sédentaires, une alimentation trop animalisée ou insuffisante, les boissons prises en trop petite quantité, l'habitude de résister au besoin d'aller à la selle.

Cette affection n'exige pas une longue description : les selles sont rares, tous les trois, quatre, huit et même quinze jours; elles sont sèches, noirâtres, souvent par petites boules séparées, comme la fiente des brebis; elles exigent des efforts considérables. Souvent la première partie est constituée par une masse énorme qui nécessite un véritable accouchement; par contre, la dernière partie peut être liquide ou demi-liquide. On observe souvent une alternance de diarrhée et de constipation.

Dans un âge avancé, l'accumulation des matières fécales dans le rectum devient quelquefois telle que les malades ne peuvent être débarrassés que par l'intervention chirurgicale.

La constipation est due à la diminution des sécrétions intestinales, à un spasme du sphincter, et, dans une certaine mesure, chez les gens âgés, à une diminution de la contractilité des fibres intestinales.

Il ne saurait être question ici des rétentions de matières fécales avec inflammation des parois intestinales. Cette affection constitue un genre d'occlusion intestinale décrite en son lieu.

Traitement. — *Nux vomica, sulfur, opium, plumbum, lycopodium, natrum muriaticum, lachesis,* sont les principaux médicaments de la constipation. On comprendra facilement par l'exposé qui précède comment il se fait que les médicaments, même les mieux choisis, échouent dans le traitement de la constipation. En effet, cette affection étant symptomatique d'une autre maladie ne peut disparaître d'une manière définitive qu'avec la maladie qui lui a donné naissance.

Nux vomica 12e dilution est surtout indiquée dans les constipations hémorrhoïdaires et dyspepsiques; principalement s'il y a alternative de diarrhée et de constipation avec faux besoin d'aller à la selle.

Sulfur 30e intervient quelquefois heureusement pour compléter son action.

Plumbum 30e répond à la constipation opiniâtre, avec ou sans ténesme, coliques abdominales intenses, nausées, vomissements.

Lycopodium 30e m'a donné quelques succès dans des cas de constipation hémorrhoïdaire; constipation avec ou sans envie d'aller à la selle; selles empêchées par une

douleur de l'anus ; efforts considérables ; selles fragmentées, mêlées ou suivies de matière liquide.

Natrum muriaticum 30e, indications peu précises et très-analogues à celles du médicament précédent.

Lachesis 12e convient surtout chez les femmes pendant l'âge du retour; constipation alternant avec diarrhée.

Opium 12e convient à la constipation sans envie d'aller à la selle ; selles énormes.

Belladona employée à la dose de plusieurs centigrammes réussit quelquefois et est préconisée par l'école allopatique.

Un régime inverse des circonstances étiologiques énumérées ci-dessus favorisera l'action des médicaments ; il faut y joindre les lavements froids, l'introduction d'une mèche de charpie dans le rectum, le pain de son, l'usage de bouillie épaisse : bouillie de maïs, de lentille, de haricots ; la fameuse revalescière n'agit pas autrement.

L'usage de graine de lin non moulue, de graine de moutarde combat favorablement la constipation.

Certaines eaux sulfureuses naturelles, principalement celles qui contiennent du chlorure de sodium : Saint-Gervais, Uriage ; les eaux franchement chlorurées sodiques : Niederbrunn, Friedrichshall, donnent d'heureux résultats dans le traitement de la constipation.

Quand l'accumulation des matières est telle que le rectum ne peut plus se débarrasser, il faut aider le malade avec la curette ou mieux avec le doigt.

ENTÉRALGIE ou COLIQUE.

Le chapitre des *coliques essentielles* tend tous les jours à se rétrécir. Il faut en séparer nettement aujourd'hui et la *colique végétale* (*sèche, du Poitou, du Devonshire, des marins, des pays chauds,* etc., etc.), et la névralgie *lombo-abdominale*. La première de ces maladies n'est pas une *colique végétale,* mais bien une *colique minérale,* due à l'empoisonnement saturnin.

En dehors de ces deux maladies, en l'absence de toute inflammation de l'intestin ou du péritoine, on observe fréquemment l'entéralgie. Cette affection morbide est caractérisée par une douleur violente , siégeant dans un point du ventre; s'exaspérant et revenant par accès; diminuant habituellement, mais non toujours, par la pression ; s'accompagnant de la production et de l'incarcération de flatuosités; déterminant, quand elle est forte, des nausées, des sueurs chaudes, puis froides, un état lipothymique, rarement des vomissements; se terminant habituellement par une évacuation gazeuse par le haut ou par le bas.

Cette affection est de courte durée; elle se termine souvent en moins d'une heure; elle revient irrégulièrement, quelquefois sous l'influence d'une émotion, d'un refroidissement, de certains aliments; habituellement l'accès se produit pendant le travail de la digestion.

Traitement. — *Belladona* et *chamomilla* sont les deux principaux médicaments; on les administre à la 3e dilution, tous les quarts d'heure, toutes les dix minutes. J'ai plus souvent réussi avec *belladona*.

Nux vomica, opium, colocynthis, sont aussi indiqués. *Veratrum* conviendrait dans un cas grave avec syncope et sueurs froides. Mais *chamomilla* et *belladona* m'ont toujours suffi.

Les boissons très-chaudes, les applications chaudes extérieures sont des adjuvants utiles.

Le chloroforme à l'intérieur (12 gouttes dans une potion de 125 grammes, une cuillerée toutes les dix minutes) et à l'extérieur (mélangé à l'huile par cinquième) a souvent réussi.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN.

Cette lésion est produite, soit par une tumeur cancéreuse, soit par la cicatrisation d'une ulcération tuberculeuse ou syphilitique. Les symptômes qui l'accompagnent sont ceux de l'occlusion intestinale à un faible degré, et les accidents qui la compliquent sont l'*iléus* et les perforations.

Dans le rétrécissement du rectum, le toucher rectal, les bougies à empreinte confirment le diagnostic. Ici les selles, lorsqu'elles sont dures, sont extrêmement minces, aplaties et pour ainsi dire moulées sur le rétrécissement. La diarrhée alterne fréquemment avec la constipation.

Traitement. — La dilatation par des bougies de cire, d'un volume graduellement croissant, m'a rendu des services dans le traitement de cette lésion, quand elle siégeait sur le rectum.

Le traitement pharmaceutique doit varier avec la maladie qui produit le rétrécissement.

OCCLUSIONS INTESTINALES

INVAGINATION ET ÉTRANGLEMENT INTERNE.

L'occlusion intestinale reconnaît des causes très-diverses : obstruction intestinale, compression par une tumeur, étranglement par une bride, enroulement de l'intestin, invagination, péritonite généralisée ou circonscrite, inflammation circonscrite de l'intestin, peut-être spasme de la tunique musculaire. Cette occlusion intestinale détermine, quelles que soient ses causes, un symptôme commun, l'*iléus*, c'est-à-dire des vomissements incessants d'aliments, de bile, puis de matière chyleuse contenue dans l'intestin grêle. Ces vomissements s'accompagnent d'une constipation plus ou moins complète, et de douleurs violentes qui ont mérité à cette affection le nom de *miserere*. Quelques auteurs ont pensé, à cause du symptôme commun, que toutes ces affections diverses devaient être réunies et décrites sous le nom de *passion iliaque* d'*occlusion intestinale* et d'*étranglement interne*. Mais, les symptômes et le pronostic variant considérablement suivant qu'il existe une *invagination intestinale* ou un *étranglement interne*, déterminé par l'une quelconque des causes de l'occlusion intestinale, nous décrirons séparément l'*invagination* et l'*étranglement interne*.

INVAGINATION INTESTINALE.

Cette maladie est caractérisée anatomiquement par la pénétration du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur. L'invagination siége tantôt sur le gros intestin, tantôt sur l'intestin grêle, ce qui constitue deux formes distinctes.

Invagination du gros intestin. L'invagination du gros intestin est de beaucoup la plus fréquente et la plus grave des deux formes de cette maladie; c'est la seule qu'on observe dans la première enfance.

Le plus ordinairement la maladie débute brusquement; d'autres fois elle est précédée de diarrhée, de coliques, de vomissements survenant d'une manière irrégulière.

Qu'il y ait ou non des prodromes, l'invasion de la maladie est caractérisée par des vomissements; ces vomissements sont d'abord alimentaires, puis bientôt composés de matières muqueuses et aqueuses, accompagnés de selles, petites, répétées, sanguinolentes, et très-souvent chez les enfants d'une véritable entérorrhagie.

La douleur de ventre survient ensuite; elle est extrêmement vive, limitée à un point du ventre, accompagnée d'une grande anxiété, et d'un facies caractéristique: yeux caves, traits tirés, face pâle; le ventre est encore peu ballonné; le pouls est petit, accéléré, sans chaleur à la peau.

La maladie fait des progrès plus ou moins rapides; le ventre se ballonne. Le plus souvent on peut constater une tumeur oblongue, pâteuse, rendant un son mat à la percussion, située presque constamment chez l'adulte,

dans la fosse iliaque gauche; tandis que la fosse iliaque droite présente une sorte de dépression. Quand le ballonnement du ventre est excessif, ou quand une péritonite se développe, ces signes sont peu perceptibles. Dans quelques cas, le bout invaginé ayant pénétré jusque dans le rectum, sa présence a pu être constatée par le toucher et par la vue.

La mort et la guérison peuvent se produire de diverses manières. Les vomisements continuent, deviennent fécaloïdes; la constipation remplace les petites selles dysentériformes; le ventre se ballonne de plus en plus; la respiration est gênée; le facies s'amaigrit, se grippe; les malades sont anxieux, agités; le pouls s'accélère et devient de plus en plus petit; puis très-souvent les vomissements cessent; il survient une prostration complète; la peau se refroidit; et les malades succombent sans présenter les symptômes de la péritonite ou les signes d'un travail d'élimination. Cette mort arrive rapidement du troisième au cinquième jour dans la première enfance, elle est quelquefois marquée par une attaque d'éclampsie.

D'autres fois, surtout chez l'adulte, les malades succombent avec complication inflammatoire du côté du péritoine, ou bien à la suite d'une perforation survenue pendant la période d'élimination du bout invaginé.

La guérison se produit par deux mécanismes : par la cessation de l'invagination ou par l'élimination de la portion d'intestin invaginée. Dans le premier cas la guérison a lieu plus près du début : les vomissements cessent; des selles stercorales sont évacuées; la douleur diminue graduellement; la tumeur disparaît; le facies redevient calme, reposé, et la convalescence est rapide.

Quand la guérison doit avoir lieu par l'élimination de l'intestin invaginé, la maladie est bien plus longue. Ce mode de terminaison est souvent entravé par des acci-

dents graves, mortels même, de péritonite, de perforation. Il arrive rarement à la guérison chez l'adulte et jamais dans la première enfance. Nous verrons que cette élimination est bien plus facile dans l'invagination de l'intestin grêle, et c'est alors que nous décrirons ses symptômes, ainsi que les accidents qui peuvent l'accompagner ou la suivre.

Invagination de l'intestin grêle. Cette forme s'observe seulement après la seconde enfance et chez les adultes; elle est, de l'avis de tous les médecins, moins grave que la précédente. Son début est moins brusque; les vomissements des aliments et des boissons, une douleur vague et la constipation caractérisent son début. Les vomissements deviennent bientôt fécaloïdes; les douleurs excessives reviennent par accès; la tumeur n'est pas toujours perceptible, et le ballonnement est borné d'abord à la région ombilicale. La maladie revêt deux aspects différents suivant que la péritonite se développe ou ne se développe pas.

Dans le premier cas on observe une fièvre violente, avec pouls petit et très-fréquent; une chaleur brûlante; une douleur de ventre au moindre contact; l'altération des traits; et les malades succombent rapidement dans le refroidissement et l'asphyxie. Si la péritonite ne se déclare pas, la maladie marche bien plus lentement; elle peut se prolonger des semaines; alors, si la terminaison est funeste, elle a lieu par épuisement des forces ou par une complication qui accompagne l'élimination de la portion invaginée.

La guérison peut avoir lieu par la cessation de l'invagination; alors, la douleur et les vomissements cessent et le cours des matières se rétablit.

L'élimination de la portion invaginée a été fréquemment

observée dans cette forme : elle s'accompagne de symptômes plus ou moins graves.

Quelquefois, c'est au moment où la maladie a atteint son apogée, alors que les vomissements sont incessants, les douleurs excessives, que cette terminaison se produit. La prostration devient plus considérable, le facies s'affaisse, la mort semble imminente ; puis quelques gaz fétides, à odeur gangréneuse, bientôt suivis d'une évacuation de matières sanguinolentes et putrides, annoncent le commencement du travail. Habituellement après quelques jours, une portion d'intestin, ayant quelquefois plus d'un mètre d'étendue, est évacuée par le rectum. Cette élimination est souvent suivie d'une hémorrhagie intestinale plus ou moins intense. D'autres fois, l'élimination du bout invaginé se fait plus tardivement et avec des symptômes moins graves.

Les accidents qui peuvent accompagner l'élimination sont au nombre de deux : la péritonite et l'épuisement du malade.

La péritonite peut être occasionnée : 1° par la propagation au péritoine de l'inflammation éliminatrice ; 2° par la rupture des adhérences encore peu solides entre les deux bouts de l'intestin. L'épuisement du malade se produit quand l'élimination est trop lente à s'opérer.

Les *accidents consécutifs* sont : la diarrhée et les rétrécissements. La diarrhée a quelquefois entraîné la mort des malades par sa persistance et son abondance. Les rétrécissements qui suivent l'élimination du bout invaginé peuvent devenir à leur tour la cause d'accidents d'occlusion intestinale ; mais le plus souvent ils occasionnent seulement des douleurs qui finissent par disparaître.

Étiologie. — Dans le cours de la description, nous

avons déjà parlé de l'influence de l'*âge* sur les invaginations. Des recherches nombreuses ont établi que cette maladie était plus fréquente dans le sexe masculin. Les coups sur le ventre, le froid, les aliments indigestes, jouent un rôle plus ou moins évident dans la production de cette maladie.

Du rôle de l'inflammation dans la production de l'invagination. Les signes incontestables de l'inflammation de toutes les tuniques intestinales ont été observés à l'autopsie des malades qui ont succombé à l'invagination intestinale; d'une autre part, on a observé très-souvent, sur le cadavre de personnes ayant succombé à d'autres maladies, des invaginations sans inflammation, et ces invaginations n'avaient déterminé aucun symptôme pendant la vie : d'où il faut conclure que l'invagination intestinale ne constitue une maladie que lorsqu'elle est compliquée d'inflammation.

ÉTRANGLEMENT INTERNE.

Quand cet étranglement se fait à l'extérieur, il est étudié en chirurgie sous le nom de *hernie étranglée;* quand il se produit à l'intérieur, il porte le nom d'*étranglement interne.* Il peut se produire par le passage de l'intestin à travers une ouverture accidentelle ou naturelle du diaphragme ou de l'épiploon ; par un *appendice* ou *diverticulum;* habituellement le diverticulum devient adhérent par son extrémité libre et forme une bride sous laquelle l'intestin va s'engager; dans des cas plus rares, mais dont nous possédons l'autopsie, le diverticulum

était serré autour d'un paquet intestinal et formait un nœud tout à fait inexplicable. L'étranglement est produit d'autres fois par des brides, des adhérences suites d'anciennes péritonites; enfin, l'étranglement tient quelquefois à une sorte d'enroulement de l'intestin sur lui-même, à un véritable *volvulus*.

L'occlusion intestinale est déterminée encore par la présence de corps étrangers dans l'intestin : noyaux de cerises, peau de raisins, paquet de vers lombrics, calculs biliaires ou stercoraux ; mais nous croyons que l'occlusion ne se produit dans ces cas qu'à la condition d'une inflammation concomitante du tube intestinal, inflammation de la membranne muqueuse et de la membrane séreuse qui détermine une paralysie du plan musculaire. Cette inflammation explique encore comment une occlusion intestinale mortelle peut se rencontrer avec une simple constipation. C'est par le même mécanisme que la *péritonite* détermine quelques-uns des symptômes de l'*iléus*.

Les tumeurs qui siégent dans la cavité abdominale peuvent être cause d'occlusions intestinales; ce sont : les abcès, le cancer, les tumeurs tuberculeuses, les kystes de l'ovaire. Les ulcérations, cancéreuses ou non, déterminent fréquemment un rétrécissement, puis une occlusion complète de l'intestin.

Les symptômes produits par les différents genres d'occlusion intestinale sont presque identiques. Les accidents débutent par une douleur violente, siégeant en un point de l'abdomen, douleur qui, au bout d'un temps variable, s'accompagne des vomissements de l'iléus. La constipation est invincible, et c'est un symptôme capital pour différencier l'occlusion intestinale de l'invagination. Les malades ne rendent même pas de gaz par l'anus. La douleur se généralise très-rapidement; la péritonite vient

compliquer les accidents; les vomissements continuent; le hoquet et la gêne de la respiration se manifestent; la tympanite est considérable; il y a fièvre avec pouls petit, tendance au refroidissement et à l'asphyxie; le facies pâle et grippé. En un mot, toute la série de symptômes de la *hernie étranglée*. Si la cause de l'occlusion intestinale est susceptible de guérison (inflammation de la tunique intestinale, volvulus, certains étranglements), les vomissements cessent, la douleur diminue, le malade rend quelques vents par l'anus, le cours des matières se rétablit et le malade guérit.

Traitement. — Nous réunirons dans un même chapitre le traitement des invaginations et celui des occlusions intestinales, parce que ce sont les mêmes médicaments qui se trouvent indiqués dans les deux cas.

Belladona, opium, plumbum, nux vomica et *thuya* sont les cinq médicaments indiqués dans le cours de la maladie. *Arsenicum, china* et *carbo vegetabilis* correspondent à quelques accidents. Ici la clinique nous fournit des renseignements précieux sur l'efficacité de ces médicaments.

Belladona a été employée concurremment par les médecins des deux écoles, à doses impondérables et à doses toxiques. Ce médicament est indiqué par les symptômes suivants : vomissements d'aliments, de bile et de mucus, constipation opiniâtre avec vomissements, ou bien petites selles muqueuses; ventre extrêmement douloureux, tendu, avec borborygmes; les intestins fortement distendus se dessinent à travers les parois abdominales. *Opium* est indiqué par les symptômes suivants : vomissements continus avec constipation et douleurs de ventre; ballonnement de la région ombilicale. — La clinique permet d'ajouter vomissements de matières fécales.

Plumbum. Vomissements continuels des aliments, de bile, de matière jaune, de matières fécaloïdes avec constipation; douleur de ventre des plus violentes; ballonnement du ventre; bosselures du ventre; constipation invincible, rétention même des vents; ou diarrhée sanguinolente.

Nux vomica. Vomissement fréquent de matières muqueuses et aigres; ventre ballonné et douleureux même dans les parois; constipation opiniâtre et suppression des vents; ou selles dysentériformes.

Thuya a surtout été indiqué empiriquement, car la pathogénésie ne contient rien de spécial, excepté les symptômes : sensation comme si les intestins étaient liés dans la région ombilicale.

Plumbum et *opium* sont évidemment les médicaments les mieux indiqués, mais la clinique a enregistré des succès dûs à *nux vomica*, à *thuya*, mais surtout à *belladona*.

Belladona devra être prescrit, au début surtout, si les douleurs du ventre sont fortes et qu'il existe ce ballonnement particulier dans lequel les intestins se dessinent à travers les parois abdominales. Trois gouttes de la 3e dilution dans 125 grammes d'eau, une cuillerée à café toutes les demi-heures. Si l'état s'améliore, on éloigne le médicament; s'il reste stationnaire, on le continue douze heures et alors on le remplace soit par *nux vomica*, soit par *plumbum* et *opium* donnés alternativement. Ces deux médicaments conviennent dans la période d'état, alors qu'il y a des vomissements de matières fécaloïdes. Je donne *plumbum* 30e dilution pendant six heures et *opium* 6e dilution pendant six autres heures. Si la maladie marche lentement, je ne change les médicaments que toutes les douze heures. Si l'un agit plus favorablement, je le continue seul; une dose toutes les demi-heures,

toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant les cas.

Nux vomica est plutôt un médicament du début, surtout quand il y a hémorrhagie intestinale. Il est indiqué par l'abus du café et les hémorrhoïdes; même mode d'administration que pour *belladona*.

Thuya empiriquement, si les autres médicaments ne réussissent pas : 3e dilution.

Dans une maladie aussi grave il ne faut pas craindre de changer les dilutions quand celles indiquées ne réussissent pas.

Si malgré l'emploi méthodique et persévérant des médicaments indiqués ci-dessus, l'occlusion intestinale persiste, il faudra avoir recours à l'*entérotomie*. Une condition pour la réussite de cette opération, c'est qu'il n'existe pas encore de péritonite généralisée.

Entérotomie. Mode opératoire. – On fait du côté droit, à 2 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure, une incision parallèle au pli de l'aine; cette incision doit mesurer au moins 8 centimètres de longueur. On dissèque couche par couche, comme dans l'opération de la hernie; on ouvre le péritoine avec la pointe du bistouri et on agrandit l'incision avec une sonde cannelée dans une étendue de 3 centimètres. L'intestin vient faire saillie dans la plaie; alors, à l'aide d'une aiguille courte très-fine, armée d'un fil d'argent, on le fixe par six points de suture au bord de la plaie, puis on ouvre l'intestin. Les matières et les gaz s'échappent en grande quantité. — On favorise leur sortie continuelle par l'introduction d'une sonde dans le bout supérieur. On peut encore fixer l'intestin par un fil double passé dans le mésentère; puis on l'ouvre et on le fixe ensuite par les points de suture.

Le soulagement qui suit l'opération est immédiat. Dans un grand nombre de cas le cours des matières se rétablit par les voies naturelles ; la plaie intestinale se ferme et le malade guérit complétement ; d'autres fois il conserve toute sa vie l'anus contre nature.

La *ponction intestinale* est un moyen plus simple pratiqué à l'aide du trocart explorateur ; elle peut être tentée avant l'opération, dans le cas où la tympanite est excessive.

ULCÉRATION ET PERFORATION

INTESTINALES.

Cette lésion s'observe principalement dans la fièvre typhoïde, le cancer, et le tubercule. Existe-t-il un *ulcère simple* de l'intestin, comparable à l'ulcère simple de l'estomac? On a observé dans le duodénum, près du pylore, des ulcères concomitants de l'ulcère simple de l'estomac.

L'appendice *iléo-cæcal* devient quelquefois le siége d'une ulcération suivie de perforation et de péritonite, à moins que des adhérences établies pendant la période d'ulcération n'aient isolé l'appendice de la grande cavité péritonéale. Cette ulcération est due le plus souvent à des corps étrangers. Nous croyons qu'elle peut se développer spontanément.

Les symptômes de l'ulcération intestinale rentrent dans l'histoire des maladies dont elle constitue une lésion. Quant aux symptômes de la perforation, ce sont ceux de la péritonite suraiguë : début brusque ; douleur d'abord localisée en un point de l'abdomen; marche très-rapide

de la maladie, qui souvent parcourt toutes ses périodes en moins de vingt-quatre heures.

Tous les médicaments échouent dans le traitement de cet accident. Cependant on a sauvé quelques malades en les immobilisant dans un narcotisme profond et prolongé; on administre toutes les demi-heures 5 centigrammes d'opium, jusqu'à ce que le narcotisme se produise, et on le maintient pendant au moins quarante-huit heures. Une couche épaisse de collodion, étendue sur tout l'abdomen, combattra efficacement l'inflammation à son début et contribuera à immobiliser les parties malades.

CANCER DE L'INTESTIN.

Une tumeur dure, bosselée, inégale; un dépérissement rapide, une anorexie presque constante, de la constipation, ou des alternatives de constipation et de diarrhée; plus tard, les signes de la cachexie cancéreuse : tels sont les symptômes communs à tous les cancers de l'intestin. Les accidents du rétrécissement et de l'occlusion intestinale, ceux de la perforation et de l'entérorrhagie, ceux des communications accidentelles entre les divers organes creux de l'abdomen, sont des symptômes fréquents et qui achèvent de caractériser la maladie.

Le *siége* du cancer donne à cette affection un caractère particulier. Le cancer du *duodénum* s'accompagne de vomissements et de la plupart des symptômes du cancer du pylore. Celui de la fin du gros intestin et du *rectum* est de tous le plus fréquent. Ici la tumeur est souvent percep-

tible par le toucher rectal ou même se montre en dehors de l'anus ; il existe un écoulement tantôt ichoreux, tantôt sanguinolent. Le rétrécissement produit par la tumeur détermine une tympanite habituelle, extrêmement douloureuse, et quelquefois des symptômes d'occlusion intestinale. Mais il est plus fréquent d'observer des selles extrêmement répétées, soit dures, soit molles, et déterminées par la présence de la tumeur qui agit comme un véritable suppositoire. La vie est compatible bien plus longtemps avec le cancer du rectum qu'avec celui de l'estomac ou de tout autre point du tube intestinal. Le malade continue à se nourrir ; les complications d'étranglements, de perforation et de péritonite sont très-rares, et la mort arrive par les progrès de la cachexie, ou à la suite de phlegmon et de gangrène déterminés par les infiltrations de matière fécale dans le tissu cellulaire périrectal.

Nous n'avons rien d'important à dire du traitement. On trouvera les indications qui s'y rattachent au cancer en général, et aux divers accidents que nous avons signalés.

ENTÉRORRHAGIE.

L'*entérorrhagie* ou *melæna* est une affection habituellement symptomatique. On l'observe principalement dans la fièvre typhoïde, le purpura hæmorrhagica, le cancer et l'invagination intestinale. L'entérorrhagie peut survenir aussi sans qu'on puisse la rattacher à aucune affection ; elle constitue dans ce cas une maladie essentielle.

Les symptômes de l'entérorrhagie essentielle sont peu nombreux, mais très-caractéristiques. Une colique intense

avec pâleur de la face; faiblesse de pouls, état lipothymique, allant quelquefois jusqu'à la syncope; puis, après un temps variable, quelquefois presque immédiatement, d'autres fois, vingt-quatre, quarante-huit heures après, surviennent les selles caractéristiques. Si l'hémorrhagie est abondante et l'évacuation rapide, on reconnaît encore le sang en caillot. Si les selles ne se produisent que plusieurs heures après, elles sont noires, fétides et semblables à de la suie délayée; en ajoutant un peu d'eau on rend aux selles la couleur du sang.

Cette maladie marche par accès. Si les accès sont très-éloignés, à plusieurs mois ou même plusieurs années d'intervalle, la santé se rétablit complétement entre les accès; mais, si les accès se succèdent à quelques jours ou à quelques semaines de distance, tous les symptômes de l'anémie se manifestent.

L'entérorrhagie est surtout fréquente chez les enfants, pendant la première semaine de leur naissance et souvent dès les premières heures. Le méconium est d'abord rendu mêlé de sang, puis bientôt le sang pur en grande abondance; l'hématémèse est un des symptômes ordinaires de cette variété, qui se termine plus souvent qu'on ne croirait par la guérison.

L'éclampsie complique souvent l'hémorrhagie intestinale chez les enfants.

Traitement. — *Nux vomica, arsenicum, phosphorus, ipeca, nitri acidum, china,* sont les principaux médicaments.

Nux vomica est indiqué par des coliques avec *sensation de chaleur* dans le ventre. Evacuation de sang par les selles mêlé à des *matières dures*. Les symptômes d'*arsenicum* sont bien mieux caractérisés : coliques avec anxiété, lipothymie, froid aux extrémités et sueurs

froides; selles liquides, noires, brûlantes, fétides.

Phosphorus a, lui aussi, les coliques avec refroidissement; mais le sang des selles est rouge et non pas noir.

Ipeca est indiqué par les selles noires et poisseuses. Les acides phosphorique, nitrique et sulfurique, par la présence du sang dans les selles et par quelques cas de guérison.

China après des hémorrhagies énormes avec grande faiblesse.

PÉRITONITE.

L'inflammation du péritoine constitue le plus souvent une affection symptomatique; mais cependant des observations irrécusables établissent que cette inflammation peut exister en l'absence de tout autre état morbide, et constituer une maladie essentielle.

La péritonite essentielle se présente sous trois formes : la *forme commune;* la *forme bénigne* ou *circonscrite;* la *forme foudroyante*.

Forme commune. — Cette forme débute par un frisson, une douleur du ventre et des vomissements. Le frisson n'est pas violent; c'est une sensation de froid avec pâleur et déjà sentiment de défaillance. Le pouls est petit, serré, fréquent. La chaleur qui succède au frisson est souvent encore interrompue par un retour de froid. La douleur très-aiguë, portant à la lipothymie, apparaît dans un point, se propage rapidement à tout le ventre, s'exaspère par le moindre mouvement, par l'attouchement le plus léger; elle immobilise les malades. Les vomisse-

ments manquent quelquefois chez les enfants; mais habituellement ils sont répétés, bilieux, d'un vert porracé, extrêmement douloureux. La constipation est aussi un phénomène du début, au moins chez l'adulte.

La maladie, ainsi constituée dès le premier jour, augmente très-rapidement d'intensité. La douleur est plus aiguë, et s'accompagne de crampes dans les membres; le ventre se ballonne considérablement; les intestins, dont la tunique musculaire est paralysée par suite de l'inflammation de la séreuse, se laissent distendre outre mesure, et se dessinent à travers les parois abdominales. Cette paralysie produit presque toujours la constipation; propagée à la vessie, elle détermine la rétention d'urine. La respiration est courte, accélérée, entièrement costale; parce que les contractions du diaphragme sont empêchées par la paralysie due à l'inflammation de la séreuse, et par la douleur. Le mouvement fébrile est continu; la face pâle, amaigrie, grippée. Si la maladie doit se terminer par la mort, le pouls faiblit de plus en plus, et finit par disparaître complétement; le facies devient tout à fait hippocratique et prend une teinte asphyxique; les malades se refroidissent et meurent avec l'aspect des cholériques. La douleur du ventre cesse habituellement dans les dernières heures.

Si la maladie doit se terminer par la guérison, ce qui est rare, les vomissements cessent, la douleur diminue, le facies devient meilleur, le pouls se relève, le mouvement fébrile décroît, les selles et les urines se rétablissent, et, après le premier septénaire, les malades entrent en convalescence. Dans des cas extrêmement rares, mais dont il existe cependant des exemples authentiques, la guérison se produit après l'évacuation du pus à l'extérieur. Dans ce cas, il se produit une tumeur molle, réductible, sans changement de couleur à la peau ; tumeur

qui, dans un cas, a été prise pour une hernie; puis, cette tumeur rougit, s'ulcère, et laisse écouler plusieurs litres de pus. Une fistule persiste pendant quelque temps, finit par se fermer et la guérison est complète.

Forme foudroyante. — La maladie débute subitement par les douleurs, la dépression du pouls, l'altération considérable des traits, le dépérissement et l'état lipothymique. La maladie marche très-rapidement; le pouls disparaît après six, douze ou dix-huit heures, et la mort arrive souvent dans la première journée, au plus tard dans la seconde. Cette forme est la plus fréquente dans la première enfance.

Forme bénigne ou circonscrite. — La péritonite circonscrite est beaucoup moins grave que les deux formes précédentes; elle débute par une douleur qui reste bornée à une région de l'abdomen; la tympanite est circonscrite comme la douleur; le mouvement fébrile est plus franchement inflammatoire, et la face est rouge au lieu d'être pâle. — Les vomissements de bile verte et la constipation existent habituellement. La marche de la maladie est bien plus lente, elle se termine habituellement par un abcès qui s'ouvre au dehors ou dans l'intestin. C'est là une terminaison heureuse. Mais cet abcès peut s'ouvrir dans la cavité péritonéale, ou bien propager l'inflammation au reste du péritoine; et, dans les deux cas, les malades succombent avec les symptômes des deux formes précédentes.

Étiologie. — Les causes de la péritonite essentielle sont fort mal connues. — L'impression du froid, les boissons froides surtout, ont été considérées comme une condition favorable au développement de la péritonite. Cette ma-

ladie est fort rare, peut-être est-elle plus fréquente dans la première enfance.

Des inflammations du péritoine dans les maladies. — L'inflammation du péritoine survient très-fréquemment à titre de symptôme dans les maladies et les lésions suivantes : traumatisme, étranglement de l'intestin, fièvre typhoïde, perforations après l'ulcère simple de l'estomac ou de l'intestin; perforation de la vésicule ou des canaux biliaires, perforation de la vessie, ouverture d'abcès, de kystes ou d'anévrysme; extension de l'inflammation de la plèvre, d'abcès périrénal ou autres; diathèses purulente puerpérale, scarlatine; scrofules avec ou sans tubercules dans le péritoine; diathèse cancéreuse.

Les péritonites traumatiques, celles par épanchement des liquides, après les perforations diverses que nous avons énumérées, revêtent les caractères de la *forme foudroyante*.

La péritonite de l'étranglement revêt habituellement la *forme commune;* il faut savoir que, dans la *hernie,* la péritonite se développe quelquefois dès le début, et sans que l'occlusion mécanique de l'intestin puisse expliquer les accidents; mais que, le plus souvent, elle se produit moins rapidement par l'extension de l'inflammation du sac herniaire ou par l'occlusion intestinale.

La péritonite par extension de l'inflammation marche très-rapidement; dans la fièvre typhoïde, elle simule très-bien la perforation intestinale.

La *péritonite puerpérale* peut présenter la forme commune, la forme foudroyante et la forme circonscrite; mais elle offre toujours des caractères spéciaux : grands frissons revenant plusieurs fois les premiers jours; teinte subictérique de la peau; facies bouffi et pâle; vomisse-

ments bilieux abondants ; enfin il faut se rappeler que dans ce cas, la péritonite n'est qu'une affection de la diathèse purulente.

La péritonite qui se développe dans le cours de la *scrofule*, qu'elle s'accompagne ou non de produit tuberculeux, affecte le plus souvent une marche lente et une durée fort longue, c'est la *péritonite chronique* des auteurs, d'autres fois elle prend les allures d'une maladie aiguë, mais elle revêt toujours des caractères spéciaux qui la différencient de la péritonite essentielle comme la méningite tuberculeuse est différenciée de la méningite essentielle.

Péritonite scrofuleuse à marche chronique. Cette affection se développe dans le cours de la phthisie et à une période avancée de la maladie ; elle est d'abord circonscrite, s'accompagne de douleurs vives, de vomissements et de fièvre ; elle se généralise plus tôt ou plus tard et détermine la mort. A l'autopsie, on trouve des foyers inflammatoires, disséminés autour de couches tuberculeuses ; ces foyers disséminés expliquent la marche de la maladie qui procède par aggravations successives.

Péritonite scrofuleuse à marche aiguë. Elle est bien plus fréquente que la précédente, elle peut constituer l'affection unique ou au moins principale de la *scrofule maligne*, elle s'accompagne ou non de la production de tubercules dans le péritoine, et les symptômes sont presque identiques dans les deux cas. La péritonite scrofuleuse se comporte donc absolument comme la méningite scrofuleuse.

Le début de l'affection est souvent précédé de troubles de la digestion, d'anorexie, de diarrhée, et principalement d'amaigrissement.

La douleur du ventre, les vomissements, la constipation, la fièvre, se montrent simultanément pendant la

première période de la maladie; mais ces symptômes sont beaucoup moins accentués que dans la péritonite essentielle. Les vomissements sont rares et la constipation est remplacée plus ou moins promptement par la diarrhée; le symptôme principal dans la période d'état est la tuméfaction et la tension du ventre; le ventre présente une tuméfaction ovoïde uniforme. La percussion détermine une sonorité exagérée, excepté en certains points où la palpation fait reconnaître des tumeurs tuberculeuses; rarement, on perçoit une véritable fluctuation, mais plutôt une sorte de vibration déterminée par la soudure des intestins.

L'amaigrissement et la perte des forces font des progrès rapides; la fièvre hectique, les œdèmes se produisent et la mort arrive habituellement dans l'état cachectique.

Une recrudescence des accidents ou une perforation par suite du ramollissement ou de l'ulcération tuberculeuse peuvent précipiter l'événement.

La guérison est rare, elle est longue à obtenir et laisse à sa suite des adhérences qui sont pendant longtemps la cause d'une grande gêne dans les phénomènes de la digestion.

Traitement. — *Forme commune. Aconitum, colocynthis* et *arsenicum,* sont les trois médicaments principaux de la péritonite de forme commune. *Belladona, thuia* et *carbo vegetabilis,* sont aussi quelquefois indiqués.

Aconitum (3e) au début, toutes les deux heures, contre les douleurs du ventre, s'exaspérant au moindre contact et au plus petit mouvement, les vomissements bilieux et la fièvre.

Colocynthis (3e), en goutte ensuite, si la maladie n'a pas été enrayée. Ce médicament correspond à des douleurs

excessives, revenant par accès, accompagnées d'agitation, obligeant à une position courbée, les genoux pliés et rapprochés du menton. Les vomissements, la constipation ou la diarrhée, les crampes dans les jambes, rentrent dans la sphère de colocynthis.

Arsenic (3e) convient à une période plus avancée : facies grippé, refroidissement, asphyxie, pouls misérable. Le sentiment de brûlure dans le ventre est une indication pour l'arsenic ; il en est de même des crampes dans les membres.

Carbo vegetabilis (30e) remplacera l'arsenic ou sera alterné avec lui lorsque le pouls manque complétement.

Belladona (3e dil.), en goutte, trouve son emploi au début quand la douleur est excessive, et que les intestins distendus se dessinent à travers les parois abdominales.

Thuia n'a pas pour son emploi de caractères bien distinctifs ; cependant, nous devons le mentionner parce qu'on lui doit quelques cas de guérison.

En même temps qu'on prescrira les médicaments précédents, on enduira tout l'abdomen d'une couche épaisse de collodion élastique.

Forme foudroyante. Tous les traitements échouent.

Les médicaments les mieux indiqués sont : *arsenicum, veratrum, lachesis* et *carbo vegetabilis.*

Forme bénigne. Le traitement de cette forme demande les mêmes médicaments que la forme commune, mais avec plus de chance de succès.

Péritonite traumatique. Il faut ajouter aux médicaments précédents *arnica,* et s'il y a plaie, rupture de l'intestin, le *narcotisme* produit par l'opium.

Péritonite par étranglement. Nux vomica, belladona, opium, plumbum, trouvent ici une indication spéciale (voir les occlusions intestinales).

Péritonites puerpérales. L'aconit est le remède principal au début : Tessier le prescrivait en teinture à la dose de 1 gr. et plus ; je me suis bien trouvé de la 2e et de la 3e trituration.

Chamomilla, belladona, pulsatilla, bryonia, trouvent ici des indications spéciales.

Chamomilla est indiqué par l'anxiété, l'agitation causée par une douleur du ventre que les malades ne peuvent supporter ; la pâleur de la face, mais surtout la pâleur d'une joue et la rougeur de l'autre ; la suppression du lait ; la diarrhée, des lochies abondantes.

Belladona est indiqué par des symptômes concomitants d'érysipèles, de délire, des lochies putrides, la constipation, des douleurs de reins se propageant et pressant vers l'hypogastre, le phlegmon du sein.

Bryonia, inflammation concomitante de l'un des ovaires, phlegmon des mamelles.

Colocynthis, arsenicum et *carbo vegetabilis,* trouvent aussi fréquemment leur indication.

Péritonite scrofuleuse. Ce traitement n'a pas été fait par les médecins homœopathes, qui ont confondu le cancer et la péritonite tuberculeuse.

Indépendamment de *iodium, calcarea carbonica* et *sulfur,* indiqués par la nature scrofuleuse de l'affection, on trouve de grandes ressources dans *arsenicum* et *carbo vegetabilis.*

ASCITE.

L'*ascite* est une lésion constituée par l'accumulation de sérosité dans la cavité du péritoine. Cette lésion s'observe dans les affections du cœur, dans la cirrhose ; elle accom-

pagne les tumeurs cancéreuses ou tuberculeuses qui siégent dans le péritoine ou dans le foie; elle peut se produire avec d'autres hydropisies dans toutes les maladies qui donnent lieu à l'albuminurie, et c'est à ce titre qu'on l'observe après les fièvres éruptives et pendant la grossesse. L'ascite est de plus un des éléments les plus constants de toutes les cachexies; cachexie des fièvres intermittentes, leucocythémie, cachexie cancéreuse, tuberculeuse, etc.

Il ne faut pas confondre avec l'*ascite* les accumulations de sérosités, enkystées ou non, qui accompagnent ou qui suivent les diverses espèces d'inflammation du péritoine; l'ascite se produit sans inflammation, et parcourt toutes ses périodes sans inflammation; à moins qu'un accident, une violence extérieure, une paracentèse, une injection médicamenteuse, ne viennent à développer une péritonite.

L'ascite symptomatique est toujours liée soit à un obstacle à la circulation veineuse, soit à une altération du sang. On comprend que les symptômes et la marche de ces ascites varient avec les maladies dont elles sont un symptôme. A marche aiguë, accompagnées d'une fièvre quelquefois intense, *sthéniques*, comme on dit à la suite de la scarlatine, elles sont tout à fait apyrétiques, chroniques, *asthéniques* dans la cirrhose. Il est inutile de s'arrêter sur toutes ces différences qui ressortent naturellement de l'histoire de chaque maladie en particulier, et qui encombrent si inutilement la plupart des articles et monographies sur l'*ascite*.

Indépendamment des ascites symptomatiques, il existe une *ascite essentielle;* son existence est établie sur des observations qui présentent toutes les garanties scientifiques.

Etiologie. — Ce n'est guère qu'à partir de la seconde enfance qu'on a constaté l'existence de l'ascite essentielle; elle semble un peu plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, et l'*humidité* est une cause occasionnelle universellement admise. Chez la femme l'ascite est souvent liée à l'*aménorrhée*. Est-ce à titre de symptôme ? ou bien, dans ce cas, l'ascite détermine-t-elle la suppression des règles ? C'est principalement à l'époque de la puberté et à l'âge du retour qu'on observe ces ascites.

L'ascite débute sourdement par un malaise, quelquefois même par un mouvement fébrile de quelques jours. Les douleurs de ventre sont peu intenses, elles peuvent manquer complétement.

Le symptôme principal, presque unique à la période d'état, est le développement de l'abdomen. Ce développement se fait progressivement; le liquide accumulé dans le petit bassin pendant les premiers temps gagne peu à peu les flancs, repoussant les intestins vers la région ombilicale, puis vers l'épigastre. L'abdomen se distend, le diaphragme s'immobilise : d'où une dyspnée quelquefois excessive, empêchant le malade de se coucher, déterminant la teinte violacée des lèvres et un commencement d'asphyxie; de là encore des palpitations, des lipothymies, et du côté de l'estomac, des troubles de la digestion.

Inspection. Quand le ventre a déjà été distendu par des grossesses antérieures ou quand l'hydropisie se reproduit après la paracentèse, le ventre est aplati, élargi vers les fosses iliaques. Dans les autres circonstances, surtout si le liquide se produit rapidement, le ventre est globuleux.

Fluctuation. Elle se perçoit d'un côté à l'autre du ventre, par un choc brusque opéré d'un côté tandis que la main appliquée à plat reçoit le flot du liquide du côté opposé. Quand il y a peu d'eau on perçoit le choc du li-

quide entre deux doigts, le troisième frappant brusquement l'abdomen.

La *percussion* permet de constater une matité qui varie avec la position des malades.

Habituellement heureuse dans l'ascite essentielle, la terminaison s'opère souvent par des crises. Ce sont des évacuations excessives par les urines, les selles, les sueurs, ou même par les vomissements ou la salivation. Quelquefois il se fait une éraillure sur la ligne blanche à l'ombilic dans les parois vaginales; le liquide s'échappe peu à peu par cette ouverture, et la guérison a quelquefois suivi ce mode de terminaison.

La *durée* de la maladie est variable, mais toujours longue; il y a des exemples de guérison après six semaines et deux mois; la mort arrive par asphyxie, syncope ou par péritonite.

Traitement. — *Helleborus, mercurius, china, arsenicum, iodium, pulsatilla, ledum palustre, pruna spinosa,* sont les médicaments principaux à employer dans le traitement de l'ascite. L'expérience clinique a démontré l'efficacité de tous les médicaments que nous indiquons; seulement les observateurs n'ont pas suffisamment distingué l'ascite symptomatique de l'ascite essentielle.

Helleborus niger est indiqué principalement dans les ascites récentes et au début du traitement. Un mouvement fébrile, avec prédominance de froid, l'absence de soif, un sentiment de froid dans le ventre, indiquent ce médicament.

China est indiqué quand l'état cachectique est déjà prononcé. Ce médicament est surtout efficace quand l'ascite s'est développée après des hémorrhagies. La diarrhée aussitôt après les repas, la soif vive, la boulimie, avec digestion troublée, la gêne de la respiration, les

urines très-fréquentes, peu abondantes, troubles, avec un dépôt blanc ou rouge, indiquent encore ce médicament.

Arsenicum s'est montré bien souvent efficace contre les ascites arrivées au dernier degré, avec suffocation, syncope, lientérie, amaigrissement squelettique, agitation et anxiété nocturne, fièvre hectique.

Iodium est indiqué dans toutes les hydropisies et par conséquent dans l'ascite. Les autres symptômes sont : l'amaigrissement excessif, la boulimie, l'anxiété cardiaque, avec tremblement des membres, urines très-foncées et très-rares.

Pulsatilla est spécialement indiqué dans le traitement de l'ascite, avec aménorrhée; principalement à l'époque de la puberté. Cependant ce médicament a aussi produit la guérison dans l'âge critique. *Lachesis* devrait être essayé spécialement dans cette circonstance.

La pathogénie et la clinique ne permettent pas encore de préciser les indications de *mercurius, ledum palustre, ferrum, sulfur* et *pruna spinosa.*

Quant aux doses, *pulsatilla* a donné deux guérisons à la 30e; une dose tous les huit jours; mais, comme dans toutes les maladies chroniques, je conseille de varier beaucoup et les doses et le mode d'administration.

CARREAU.

Le carreau est une affection scrofuleuse propre à la seconde enfance; elle se développe de la 3e à la 12e année et est surtout fréquente de la 5e à la 10e; les garçons y sont plus sujets que les filles.

Cette affection marche lentement et s'accompagne de

symptômes peu apparents. L'amaigrissement coïncide avec la conservation de l'appétit ; un peu de tension abdominale et la diarrhée sont les seuls symptômes pendant bien longtemps. Quand la tumeur mésentérique s'est développée, on parvient habituellement à la constater par la palpation abdominale, et le diagnostic est alors fort précis. Cette tumeur est bosselée, très-dure, tantôt mobile, tantôt fixe, au devant de la colonne vertébrale. Cette affection ne s'accompagne pas habituellement de douleur, et le gonflement du ventre n'est pas constant. L'amaigrissement, la pâleur, la bouffissure, l'œdème, la fièvre hectique, une diarrhée lientérique continuelle, finissent par amener l'état cachectique et la mort.

Cependant cette affection est susceptible de guérison : la diarrhée s'interrompt, l'amaigrissement fait place à l'embonpoint ; les tumeurs s'atrophient et subissent la dégénérescence crétacée.

Le carreau se complique souvent avec la phthisie pulmonaire, bronchique ou cérébrale, rarement avec la péritonite chronique. L'ascite, l'étranglement interne, la perforation intestinale, sont des complications rares.

Traitement. — *Calcarea, iodium* et *arsenicum,* sont les trois médicaments de cette affection, et tous les trois ont produit des guérisons incontestables. *Conium maculatum, hepar sulfuris* sont aussi indiqués.

Arsenicum devra toujours être prescrit, au moins d'une manière intercurrente, contre la diarrhée lientérique si fréquente dans cette maladie.

Iodium et *calcarea* correspondent à l'engorgement tuberculeux.

Iodium est indiqué par l'amaigrissement considérable, la voracité, le gonflement du ventre et l'ascite.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DU FOIE

CONGESTION DU FOIE.

La congestion du foie est une lésion caractérisée par la stase du sang dans l'organe hépatique; stase du sang qui produit une augmentation de volume du foie, une douleur sourde, et des troubles variés de la sécrétion bilieuse. Cette lésion peut constituer, à elle seule, toute l'affection morbide; d'autres fois, elle n'est qu'un premier pas vers la cirrhose ou même vers l'abcès du foie. Cette diversité dans le mode de terminaison de la congestion hépatique tient à la fois aux maladies qui la déterminent, à la disposition individuelle et à l'influence des climats.

Maladies dont la congestion du foie est un symptôme.— Les *affections du cœur* et *du poumon* sont les causes les plus fréquentes de la congestion du foie. Cette congestion s'accompagne d'une augmentation très-rapide et très-considérable du volume du foie; il existe un sentiment de pesanteur douloureux dans l'hypochondre droit, des symptômes de diarrhée, et, quand la congestion est intense, un ictère bien marqué. La congestion peut augmenter, diminuer, disparaître et revenir, suivant les diverses périodes que traversent les maladies du cœur

ou du poumon qui la produisent. Mais, dans les maladies du cœur, surtout quand elle se répète souvent, elle détermine une autre lésion que nous décrirons plus tard, la *cirrhose*. — Il est extrêmement rare que cette congestion détermine l'*abcès du foie*.

L'*alcoolisme* est, dans nos climats, la cause des congestions hépatiques, qui, par sa fréquence, vient immédiatement après les maladies du cœur. Dans cette congestion, le foie augmente moins de volume que dans la variété précédente, et la terminaison par la cirrhose est extrêmement fréquente.

Dans la *cachexie des fièvres intermittentes*, la congestion du foie ne présente rien de particulier; elle est concomitante de celle de la rate, extrêmement chronique, et aboutit quelquefois à la cirrhose.

Congestion du foie dans la dysentérie. La congestion du foie dans la *dysentérie* est très-fréquente dans les pays chauds; son histoire a été confondue avec celle de l'hépatite, qui est une suite si fréquente de la dysentérie.

Traitement. — *China, lachesis, mercurius, arsenicum, nux vomica, sulfur*, sont les médicaments principalement indiqués par la congestion du foie. Mais ces indications sont elles-mêmes très-subordonnées à celles fournies par la maladie dont la congestion est un symptôme.

ABCÈS DU FOIE.

Nous préférons désigner ainsi l'*hépatite* des auteurs, parce que l'histoire de l'inflammation du foie est telle-

ment mélangée avec celle de la congestion et de la cirrhose qu'il est difficile de lui attribuer ses véritables limites. L'abcès du foie, au contraire, est une lésion parfaitement dessinée et qui présente en médecine pratique un intérêt considérable.

Etiologie. — A propos de la *congestion du foie,* nous avons indiqué déjà les grandes lignes de l'étiologie des abcès du foie. Ajoutons que cette lésion est surtout fréquente dans les pays intertropicaux où elle survient comme complication, ou comme accident consécutif de la dysentérie. Dans nos climats, c'est surtout à propos d'obstruction des voies biliaires, par des lombrics, par des calculs ou par des hydatides que nous observons le développement d'abcès du foie. Les tumeurs hydatides du foie, le cancer de l'estomac sont encore des causes d'*abcès du foie*. Nous ajouterons encore : les contusions, les blessures, le traumatisme de la glande hépatique ; les plaies de tête, que les anciens regardaient comme une cause fréquente d'abcès du foie, ne produisaient cette lésion que lorsqu'elle était l'occasion du développement d'une *diathèse purulente traumatique*. On sait, en effet, que le foie est l'un des organes dans lesquels on rencontre le plus souvent les *abcès dits métastatiques*.

Comme dans toutes les affections communes à des maladies différentes, les symptômes sont très-variables. Voici ceux qu'on observe le plus communément. L'affection débute par un mouvement fébrile avec frissons, une douleur siégeant plus ou moins haut dans l'hypochondre droit et dans l'ictère. Le malade, en proie à beaucoup d'agitation au début, tombe habituellement dans l'adynamie et la prostration. Un mouvement fébrile rémittent ou même intermittent avec frissons et sueurs, est le syndrome le plus constant. Les symptômes offrent ensuite

une physionomie bien diverse, suivant les terminaisons qu'affecte l'abcès du foie.

Cet abcès se termine habituellement par la mort, soit par les progrès de l'adynamie, la multiplication des abcès dans le foie, ou par la propagation de l'inflammation au péritoine, à la plèvre ou au poumon.

La mort arrive encore par suite de l'ouverture de l'abcès dans le péricarde, les veines caves, le péritoine ou la plèvre. Elle arrive encore souvent malgré l'ouverture de l'abcès dans des lieux plus favorables et qui permettent quelques rares guérisons. Ce sont : l'ouverture à la peau, dans le côlon, dans l'estomac, dans les voies biliaires ou dans les bronches. L'évacuation du pus par ces voies différentes est suivie d'une rémission dans la fièvre ; de la diminution de tous les symptômes ; et quelquefois de la guérison définitive. Mais souvent les malades succombent à la longueur de la suppuration (phthisie hépatique), ou à des abcès nouveaux dont l'ouverture est moins favorablement placée.

Traitement. — *Lachesis, mercurius, silicea, arsenicum,* sont les médicaments principaux dans le traitement de l'abcès du foie.

Lachesis. Les abcès du foie sont une des lésions produites par la piqûre du lachesis. Ce médicament est indiqué encore par l'ictère, par la douleur dans la région du foie et par le mouvement fébrile rémittent, l'adynamie et la prostration. Doses : de la 3e à la 12e dilution. Une cuillerée toutes les deux heures. Quelques médecins préfèrent *vipera torva.*

Mercurius est indiqué par des douleurs lancinantes, brûlantes et contusives dans la région du foie ; par l'*hypertrophie et la dureté* de cet organe ; par l'ictère et par un

mouvement fébrile avec prédominance des sueurs : mêmes doses que *lachesis*.

Silicea est indiqué par sa grande valeur dans toutes les suppurations. Il convient en outre quand il y a gonflement et dureté du foie ; douleur pulsative augmentant par le toucher et par le mouvement ; la 30e et la 200e dilution me semblent ici plus particulièrement indiquées.

Arsenicum est indiqué par l'affection du foie et par la prostration et l'état de gêne de la seconde période.

Le traitement chirurgical ne doit pas être négligé ici. Nous renvoyons pour cela à ce que nous avons dit à propos des hydatides du foie.

CIRRHOSE.

La cirrhose est la *sclérose* du foie ; elle est caractérisée par la végétation, la *prolifération* du tissu cellulaire qui se transforme, par son évolution propre, en un tissu essentiellement rétractile. Cette lésion est engendrée par des congestions et des inflammations successives du tissu hépatique. Elle conclut à la destruction de la *cellule hépatique ;* à la constriction et à l'étranglement des radicules de la veine porte et des conduits biliaires, et par conséquent à une *atrophie* plus ou moins notable du foie. Cet étranglement des tissus est la conséquence naturelle de la rétractilité du tissu fibreux de nouvelle formation.

La cirrhose survient dans le cours des *maladies du cœur*, de l'*alcoolisme*, de la *cachexie intermittente* et de la *syphilis*. Elle présente des caractères variables avec ces différentes maladies ; mais elle a des symptômes

propres que nous devons d'abord étudier. La constriction des radicules de la veine porte a des conséquences qui font bien comprendre l'évolution de la cirrhose. La première conséquence est le développement d'une circulation supplémentaire par les veines des replis falciformes et de la paroi abdominale (veines portes supplementaires), et aussi par les veines œsophagiennes; de là, le développement très-marqué des veines qui rampent dans les parois de l'abdomen; veines qui présentent quelquefois un frémissement et un *susurrus* analogue à celui qu'on observe dans les veines jugulaires chez les anémiques; de là aussi quelquefois des hémorraghies œsophagiennes. Mais cette circulation supplémentaire est toujours insuffisante, et l'hydropisie du péritoine, l'ascite, se développe tôt ou tard et constitue le symptôme principal de la cirrhose.

La constriction des radicules de la veine porte a encore pour conséquences d'élargir considérablement les anastomoses et les communications entre la veine porte et l'artère hépatique. Et cependant, malgré tous ces *diverticulum* le sang reflue en abondance dans la rate et détermine l'hypertrophie de cet organe.

Les désordres si multiples qui constituent la cirrhose ont encore pour conséquence une diminution notable dans la nutrition, puisque la *veine porte* ne verse plus dans les veines sus-hépatiques et dans le cœur les matières alibiles puisées dans l'intestin.

L'absence d'une sécrétion suffisante de bile produit des troubles considérables de la digestion : dyspepsie, flatulence, constipation ou diarrhée, et laisse dans le sang les éléments excrémentitiels qui, habituellement, sont éliminés avec la bile, et en particulier la *cholestérine*. En sorte que la cirrhose, quand elle est très-avancée, produit par l'*acholie* (suppression de la secrétion biliaire) qui en est

la suite la *chlolestérémie,* c'est-à-dire la viciation du sang par la cholestérine, d'où le delire, le coma, les hémorrhagies et autres symptômes qu'on observe quelquefois à la fin de la cirrhose, mais bien plus fréquemment à la suite de l'*atrophie aiguë du foie* (ictère grave). L'*ictère* est loin d'être constant dans la cirrhose.

Cirrhose dans les maladies du coeur. — L'ascite est le principal et quelquefois l'unique symptôme de cette complication. Rarement on constate une légère douleur dans l'hypochondre droit. Il survient en même temps des troubles variés de la digestion : anorexie, dyspepsie, flatulence, vomissements muqueux. Le foie est presque toujours augmenté de volume, parce que la cirrhose est due ici à une congestion constamment entretenue par la gêne de la circulation cardiaque. A l'autopsie, on trouve le foie augmenté de consistance, d'une couleur uniforme jaune foncé, *cuir de botte ;* la surface de section est entrecoupée de tractus blanc; les branches de la veine porte et les vaisseaux biliaires sont très-dilatés; la surface de l'organe est criblée d'une multitude de granulations très-petites et égales entre elles.

Cirrhose dans l'alcoolisme. — Les symptômes sont identiques, les troubles de la digestion sont ordinairement plus considérables, *le foie est toujours atrophié.*

Cirrhose dans la cachexie des fièvres intermittentes. — Ascite, hémorrhagies plus fréquentes, et surtout gonflement énorme de la rate ; le foie tantôt hypertrophié, tantôt atrophié, tantôt ayant conservé son volume normal.

Cirrhose dans la cachexie syphilitique. — Ici la lésion est très-différente : les granulations sont moins nombreuses mais beaucoup plus grosses et irrégulières. Mêmes symptômes que dans la cirrhose alcoolique.

Traitement. — Nous n'avons pas à exposer le traitements de cette lésion ; les indications se tirent de la maladie principale : affection du cœur, alcoolisme, cachexie intermittente ou syphilitique. Elles se tirent encore des accidents principaux et en première ligne de l'ascite. Les médicaments qui ont une action élective sur le foie, comme *nux vomica, lachesis, mercurius, china, arsenicum, chelidonium majus, curare,* doivent être choisis de préférence.

CANCER DU FOIE.

Cette affection est rarement primitive, elle est presque toujours sous la dépendance d'un cancer de l'estomac ou bien elle survient avec les cancers multiples (appelés à tort métastatiques) de la cachexie.

Souvent le seul symptôme du *cancer du foie* est la tuméfaction de cet organe et la perception par la palpation de tumeurs dures, bosselées, douloureuses. La douleur habituellement lancinante est, après le gonflement de la glande, le symptôme le plus fréquent. L'ictère et l'ascite sont loin d'être constants.

Quelquefois le cancer du foie ne se traduit pendant longtemps que par les symptômes généraux de la *diathèse cancéreuse,* et c'est seulement dans la dernière période que surviennent rapidement la tuméfaction et la douleur qui permettent de préciser le diagnostic.

Le traitement est entièrement pallialif ; il est principalement indiqué par les douleurs et par la cachexie. *Conium maculatum, arsenicum, lachesis, nux vomica, chelidonium majus,* pourront rendre quelques services.

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE.

La tumeur est formée par un kyste contenant, dans sa cavité, un liquide extrêmement limpide, dépourvu d'albumine, et dans lequel nage une quantité plus ou moins considérable de sphères transparentes, très-variables de volume, et contenant elles-mêmes un liquide analogue à celui du kyste : ce sont des hydatides.

Les travaux des naturalistes modernes ont démontré que les hydatides étaient des *échinocoques*. Plusieurs savants pensent que l'*échinocoque* est un *tænia* incomplétement développé.

Les hydatides siégent principalement dans le foie; elles se développent surtout de 20 à 40 ans. Cependant on peut en rencontrer à tous les âges. Cette maladie est rare chez les marins; elle est presque inconnue dans la race anglo-américaine; elle est très-fréquente dans l'Allemagne centrale, plus fréquente encore en Hollande, où elle atteint un cinquième de la population.

Le début de cette maladie est toujours fort obscur. Une douleur, ou plutôt un sentiment de gêne habituel dans l'hypochondre où siége la tumeur; douleur souvent plus marquée la nuit; une tumeur qui se prononce de plus en plus, occupe l'épigastre ou l'un des hypochondres, bien plus souvent le droit; tumeur arrondie, globuleuse, mate, élastique, fluctuante, donnant quelquefois la sensation d'une vibration particulière, *frémissement hydatique*. Dans un cas, on a même pu entendre une sorte de *tintement métallique* très-distincte.

Quand l'hydatide siége sur la face convexe elle repousse le foie qui déborde les fausses côtes; elle dilate

la cage thoracique et repousse le poumon, quelquefois jusqu'à la clavicule. Il y a alors une matité absolue et très circonscrite; absence de souffle, de bronchophonie et d'égophonie. Ce dernier signe peut apparaître quand il y a un léger épanchement pleurétique concomitant.

La maladie marche lentement, avec des aggravations et des remissions; mais après des années elle finit par arriver à une des terminaisons suivantes.

Ces terminaisons sont : *A*. mort par compression du poumon; *B*. guérison par atrophie de l'hydatide; *C*. ouverture de l'hydatide : 1° à l'extérieur; 2° dans l'intestin; 3° dans l'estomac; 4° dans le péritoine; 5° dans les voies biliaires; 6° dans la cavité pleurale; 7° dans les bronches.

A. Mort par le développement excessif de l'hydatide. — Ce genre de terminaison est fort rare; nous ne l'avons jamais observé, et nous n'en connaissons qu'une seule observation; le malade succomba asphyxié par la compression des poumons.

B. Guérison par atrophie de l'hydatide. — Dans ce mode de terminaison l'échinocoque meurt, le kyste devient de plus en plus épais, cartilagineux et osseux; le liquide s'épaissit, prend l'apparence du lait de chaux; plus tard, il ne reste plus qu'un magma crétacé, dans lequel on retrouve des débris d'hydatides.

C. Ouverture de l'hydatide. — 1° *A l'extérieur*. L'ouverture de l'hydatide à l'extérieur est, après la précédente, la terminaison la plus heureuse. L'ouverture spontanée des hydatides est toujours précédée de l'inflammation du kyste; c'est le mécanisme nécessaire; il n'y a pas *rupture* mais *perforation*, comme dans les abcès.

La poche se vide de son liquide et de ses hydatides, elle suppure et se rétrécit de jour en jour. Si la guérison doit avoir lieu, la suppuration diminue, les parois se rap-

prochent, et la cavité morbide disparaît comme après un abcès. Mais le malade peut succomber aux accidents qui suivent l'ouverture des grands abcès, ou encore à une seconde ouverture qui se fait en un lieu moins favorable. Car il est d'observation que, quand une collection s'ouvre en un point, le travail d'ulcération est déjà très-avancé dans deux ou trois endroits différents; et souvent, malgré l'évacuation du liquide, ce travail d'ulcération continue et les perforations deviennent multiples.

2° *Ouverture dans l'intestin.* Terminaison habituellement heureuse; elle s'accompagne de diarrhée abondante et d'évacuation des hydatides par les selles. La prolongation et l'abondance de la diarrhée peuvent amener la mort.

3° *Dans l'estomac.* Cette terminaison est moins favorable que la précédente; les hydatides sont rendues par le vomissement.

4° *Dans les voies biliaires.* Cette terminaison n'est pas très-rare. Les hydatides s'évacuent par le canal cholédoque. Cette évacuation est difficile, donne lieu aux symptômes de la rétention biliaire : ictère et douleur hépatique.

Cette terminaison se complique d'hépatite et d'abcès du foie.

5° *Dans le péritoine.* Terminaison mortelle en quelques heures par le développement d'une péritonite suraiguë.

6° *Dans le thorax.* Quand les hydatides sont situées à la face convexe du foie et que le kyste vient à s'enflammer, cette inflammation se propage au diaphragme et détermine des adhérences intimes entre les tumeurs et le diaphragme; de là l'inflammation se propage à la plèvre; et, suivant qu'elle est intense ou modérée, elle produit deux effets bien différents : intense elle détermine un épanchement qui s'oppose à l'adhérence du

diaphragme et du poumon, et quand l'ulcération a perforé le diaphragme, le kyste hydatique se vide dans la cavité pleurale et aggrave considérablement la pleurésie qui suppure et détermine habituellement la mort. Mais, si, au contraire, l'inflammation qui du péritoine et du diaphragme gagne la plèvre pariétale est modérée, des adhérences solides s'établissent entre le poumon et le diaphragme, et par une succession de petits abcès, qui tous communiquent ensemble, la poche hydatique finit par se vider dans les bronches. Cette terminaison peut commencer la guérison ou la mort. Quelquefois l'abondance du liquide suffoque le malade, d'autres fois il succombe épuisé par une longue suppuration. Quand la guérison a lieu, ce qui n'est pas très-rare, le malade crache pendant longtemps du pus coloré par la bile et mélangé de débris d'hydatide. Puis, quand la poche est vidée, elle se cicatrise et la guérison est définitive.

Traitement. — Nous ne possédons aucun renseignement clinique sur le traitement pharmaceutique des hydatides; la matière médicale nous offre très-peu de renseignements.

Dans un cas terminé par l'ouverture du kyste dans les bronches et la guérison du malade, j'ai employé le *natrum muriaticum* sans toutefois pouvoir affirmer que ce médicament ait eu une action sur la marche de la maladie.

Si le kyste est ouvert à l'extérieur, il sera bon de faire des injections fortement iodées (eau distillée et teinture d'iode par parties égales). C'est le traitement qui réussit le mieux après l'ouverture des grands abcès.

Si la tumeur n'est pas ouverte et que son volume soit déjà considérable, on l'attaque par le procédé Récamier. Ce procédé est sûr, pourvu qu'on ne veuille pas aller trop vite. Premier jour, application de potasse caustique qui

doit détruire le derme dans une longueur d'au moins 4 à 6 centimètres; deux jours après on fend l'eschare, on l'enlève et on attaque le tissu musculaire par des cautérisations successives; on maintient les parois abdominales aussi immobiles que possible. Arrivé au péritoine il faut encore attendre quelques jours avant d'ouvrir. L'opération totale demande au moins quinze jours pour être conduite à bonne fin. Le procédé de Bégin, celui de Trousseau peuvent être également employés.

Les adhérences étant établies, on pratique une ponction avec un trocart ordinaire, suivie d'une injection avec l'*eau iodée*. Si ce traitement ne suffit pas, ou s'il survient une inflammation du kyste avec suppuration, on ouvre largement et on pratique des injections fortement iodées; un tiers, moitié, trois quarts de teinture d'iode; puis enfin la teinture d'iode pure.

Les injections dans la proportion d'un gramme de la 1re trituration de nitrate d'argent pour 200 grammes d'eau qui m'ont été indiquées par le Dr Teste pour le traitement des abcès froids et qui m'ont réussi plusieurs fois, pourraient être essayées si la teinture d'iode ne réussissait pas.

CALCULS BILIAIRES.

Ces calculs, de forme et d'apparence très-diverses, multiples ou isolés, peuvent se développer dans le canal hépatique et ses ramifications; mais ils prennent naissance le plus habituellement dans la vésicule biliaire; ils sont formés aux dépens de la cholestérine. Arrondis ou ovoïdes, quand ils sont uniques, à facettes et mûriformes, quand ils sont multiples, habituellement d'un vert-brun, ils

sont quelquefois entièrement noirs; d'autres fois blancs et transparents comme des morceaux de gomme; ils peuvent être de couleurs mélangées et présenter des points brillants comme le *mica ;* à l'état frais, ils sont comme vernissés et deviennent mats par la dessiccation; ils sont habituellement assez mous. Ces concrétions se forment habituellement chez les goutteux et coïncident souvent avec la gravelle urique. C'est après 50 ans qu'ils sont le plus fréquents ; ils se développent principalement, dit-on, chez les hommes de cabinet.

Très-souvent les calculs biliaires peuvent persister toute la vie sans déterminer d'accidents sérieux et sans que les souffrances vagues qu'ils occasionnent permettent d'en établir le diagnostic. Ceci arrive toutes les fois que les calculs, par leur petitesse, par leur situation dans la vésicule, ou par leur immobilité dans un recoin des voies biliaires, n'apportent aucun obstacle au cours de la bile.

Les accidents que peuvent déterminer les calculs biliaires sont très-nombreux. Ce sont, en première ligne, la *colique hépatique,* l'*hépatite,* la *rétention de la bile* et la *distension de la vésicule* qui en est la suite ; l'*inflammation,* l'*ulcération* et la *perforation* des voies biliaires, la *péritonite,* soit par suite de cette perforation, soit par extension de l'inflammation.

Colique hépatique. — Cet accident excessivement douloureux survient toujours pendant la digestion. Il débute brusquement par une douleur qui occupe d'abord l'épigastre, gagne l'hypochondre droit, s'irradie à l'abdomen et quelquefois à l'épaule droite. La douleur excessive arrache des cris aux malades, s'accompagne d'angoisses et de tendance au refroidissement et à la syncope ; les vomissements de matières alimentaires ou de mucus ac-

compagnent cette douleur ; la constipation est opiniâtre. La colique hépatique peut se terminer en un seul accès au bout de quelques heures ; mais souvent elle présente plusieurs accès qui constituent une attaque. Chaque accès est habituellement suivi d'un ictère plus ou moins intense, avec coloration pathognomonique de l'urine, décoloration des selles et démangeaison de la peau. S'il doit survenir d'autres accès, le malade reste dans l'angoisse et l'appréhension. Quand le dernier accès est terminé, la douleur cesse souvent brusquement, les selles se rétablissent en même temps que l'ictère diminue rapidement. Les coliques hépatiques s'accompagnent de refroidissements, de sueurs froides, et acquièrent quelquefois une telle intensité qu'on a vu survenir la mort par syncope.

Le retour des accès a quelquefois la régularité du retour d'accès de fièvre intermittente.

Le pouls est habituellement sans fréquence ; mais quand les accès très-douloureux se rapprochent, il devient petit, misérable et fréquent.

Hépatite. — L'hépatite survient quelquefois comme conséquence d'accès très-répétés de colique hépatique et d'obstacle au cours de la bile. Elle est caractérisée par une douleur sourde, l'augmentation du volume du foie qui dépasse les fausses côtes de deux, trois et même quatre travers de doigt. Elle détermine des symptômes généraux très-graves quand elle se prolonge et peut passer à l'état chronique.

Rétention de la bile et distension des voies biliaires. — La rétention de la bile, indépendamment de l'ictère, détermine une distension des voies biliaires, qui est surtout bien appréciable pour la vésicule. Ce réservoir qui, dans des cas rares, atteint un volume tel qu'il remplit la plus grande partie de l'abdomen, est souvent de la gros-

seur d'un œuf ou du poing. Dans cet état, la vésicule peut être sentie à travers les parois de l'abdomen au-dessous des fausses côtes où elle forme une tumeur molle et fluctuante; tumeur qui suit les mouvements du diaphragme et dans laquelle la palpation, la percussion et l'auscultation permettent quelquefois de constater le bruit de *collision* dû à la présence de calculs biliaires.

Inflammation, ulcération et perforation des voies biliaires. — La rétention de la bile, d'autres fois la présence seule des calculs détermine une inflammation des voies biliaires et à la suite l'ulcération et la perforation de ces voies. Quand l'inflammation marche lentement, des adhérences s'établissent entre la partie ulcérée et la partie voisine; et la vésicule, par exemple, peut s'ouvrir dans l'intestin, dans les calices du rein, ou déterminer un abcès qui s'ouvre à l'extérieur; mais, quand ces adhérences ne se forment pas, ou quand elles sont peu solides et incomplètes, la perforation détermine une communication entre les voies biliaires et la cavité péritonéale et une péritonite suraiguë et sans espoir. Il existe malheureusement trop d'exemples de cette fâcheuse terminaison. D'autres fois la péritonite se produit sans perforation, et par la seule propagation de l'inflammation.

Traitement. — *Calcarea carbonica, hepar sulfuris, lachesis, silicea, sulfur,* sont indiqués par les auteurs pour détruire les calculs biliaires; mais ni la matière médicale, ni la clinique ne permettent d'accorder une grande confiance à ces différents médicaments, ou de préciser l'indication de chacun d'eux.

En dehors des médicaments homœopathiques, les eaux de Carlsbad et celles de Vichy sont les plus indiquées.

Colique hépatique. Belladona est le médicament principal; il convient à la douleur excessive qui force à se plier

en deux, douleur accompagnée de ballonnement considérable et de vomissement. Ce médicament m'a souvent réussi à la 3e dilution, une cuillerée toutes les demi-heures ou toutes les trois heures suivant l'intensité des douleurs.

Chamomilla est indiquée aussi par des douleurs excessives et quelquefois on se trouve bien de l'alterner avec *belladona*. Il est indiqué par une angoisse allant jusqu'à la jactitation ; il correspond à l'ictère.

Digitalis est le médicament principal quand il y a douleur violente avec sensation comme si la vie allait s'éteindre ; état lipothymique. Ce médicament est encore indiqué par l'ictère. Hartmann en a retiré de bons effets ; mêmes doses que pour *belladona*.

Arsenicum est aussi le médicament de la colique hépatique avec syncope. « Le malade est sans connaissance, sa face est d'une pâleur mortelle et recouverte d'une sueur froide ; syncope, efforts de vomissements qui restent infructueux. » Hartmann a fait disparaître cet état si grave par une seule dose d'arsenic ; il n'indique par la dilution.

Arsenicum est aussi indiqué au début quand il y a douleur brûlante, vomissements fréquents, grande faiblesse, expression de douleur sur la figure.

Le Dr Emery (de Lyon) recommande *ricinus* 3e dilution contre la colique hépatique. Depuis plusieurs années j'ai souvent employé ce médicament et toujours avec succès.

Hépatite. Lachesis, solubilis, china, sont les principaux médicaments. Nous reviendrons sur ce traitement à propos de l'*abcès du foie*.

Rétention de la bile et dilatation des voies biliaires. Il n'y a pas d'autres traitements pharmaceutiques que celui dirigé contre les calculs biliaires ; mais la dilatation excessive de la vésicule demande quelquefois un traitement

chirurgical. Des adhérences étant préalablement établies à l'aide du procédé Récamier, ou Bégin, ou même à l'aide de l'acupuncture de Trousseau, on pénètre dans la tumeur par une large incision ; habituellement elle contient un liquide visqueux incolore, avec un nombre de calculs plus ou moins considérable. Cette opération a quelquefois amené la guérison radicale de la maladie.

Abcès de la vésicule. Le traitement est le même pour l'abcès de la vésicule.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit ailleurs du traitement des perforations et de la péritonite.

ICTÈRE.

L'ictère est caractérisé par la coloration jaune de la peau et des sclérotiques, et la présence de la matière colorante de la bile dans les urines. Ces symptômes sont dus au passage des éléments de la bile dans le sang.

L'ictère est un symptôme commun à l'occlusion des voies biliaires, aux abcès et aux tumeurs du foie ; mais, très-fréquemment, elle constitue une maladie essentielle, qui se présente à l'étude sous trois formes distinctes : la *forme commune*, la *forme bénigne*, et la *forme maligne*.

Forme commune. — Le prodrome le plus habituel est l'*anorexie;* anorexie qui précède l'apparition de l'ictère pendant plusieurs semaines. Quelquefois on observe du malaise, des frissons, de la courbature, et un mouvement fébrile, peu intense, mais cependant bien caractérisé au début de la maladie. On doit noter, comme un prodrome fort important, la présence de la matière colorante de la bile dans l'urine plusieurs jours avant l'apparition de la

coloration jaune de la peau et des conjonctives. D'autres fois, au contraire, l'ictère débute brusquement après une violente colère ou une grande frayeur, et quelques heures suffisent pour que la coloration caractéristique ait envahi la face et la plus grande partie de la peau.

Que le début ait été brusque ou précédé de prodromes, la maladie se trouve constituée par la coloration jaune de la peau et des conjonctives; une douleur dans l'hypochondre droit, une anorexie complète; habituellement de la constipation, quelquefois de la diarrhée; le ralentissement du pouls. Elle persiste à cette période d'état pendant deux et trois septénaires, sans présenter de diminution; elle se prolonge quelquefois plus longtemps, surtout quand elle est mal traitée.

La coloration de la peau est d'un jaune plus ou moins foncé, elle débute d'abord à la face, vers les ailes du nez et le tour de la bouche; elle gagne ensuite la poitrine et les bras, le cou et l'abdomen; enfin, les avant-bras et les membres inférieurs. Aux mains, la jaunisse apparaît sous les ongles. La jaunisse augmente chaque jour, et acquiert une coloration plus ou moins foncée. Les muqueuses sont aussi le siége de l'ictère; la conjonctive et le voile du palais sont les deux siéges principaux de la coloration.— Il ne faut pas oublier qu'il n'y a jamais ictère véritable sans coloration jaune des *sclérotiques*. Les *urines* présentent une coloration rouge foncé; et, par l'addition de l'acide nitrique, on détermine une coloration vert foncé, due à la précipitation de la matière colorante de la bile, coloration qui devient ensuite de couleur pourpre par l'altération de cette matière colorante. La constipation est habituelle dans l'ictère; les matières sont blanches, décolorées. Quand il y a de la diarrhée, les matières sont quelquefois colorées, quelquefois décolorées.

Le *pouls* est habituellement ralenti; mais quelques

malades présentent, au début, un petit mouvement fébrile de peu de durée et de peu d'intensité.

On observe encore du *prurit* à la peau, quelquefois des vomissements; mais toujours une *anorexie* et une impossibilité de digérer, qui persiste autant que la maladie.

La guérison s'annonce par le retour de l'appétit et des digestions; elle peut alors être considérée comme complète, quoique la coloration jaune des téguments persiste encore quelques jours. La coloration des urines par la bile précède habituellement de quelques jours la coloration de la peau, et peut faire prévoir l'ictère. Comme aussi elle disparaît avant que la peau ait repris sa coloration normale.

Forme bénigne. — Caractérisée par la coloration de la peau, des sclérotiques et des urines. Cette forme s'accompagne d'une anorexie bien moindre et dure au plus un septénaire.

Forme maligne. — Cette forme est caractérisée par l'apparition d'hémorrhagies multiples et de symptômes cérébraux extrêmement graves et, le plus souvent, par la destruction des *cellules hépatiques* (atrophie aiguë du foie). Elle présente deux variétés : la première, plus longue, est composée de deux périodes distinctes; la seconde, extrêmement rapide dans sa marche, ne présente qu'une période.

Variété à deux périodes. — 1re *période*. D'une durée de un à trois septénaires, cette période est caractérisée par des symptômes très-vagues : malaises, anorexie, courbature, douleurs articulaires et surtout une faiblesse qui va croissant; puis l'ictère se manifeste, et tous les symptômes graves se déroulent alors très-rapidement et ont une durée qui n'excède jamais un septénaire.

En même temps que l'ictère, apparaissent des hémorrhagies et une douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. La prostration est considérable, l'indifférence complète; le pouls habituellement ralenti, la peau froide. Les hémorrhagies se multiplient rapidement: hématémèses, hématurie, mélæna, métrorrhagies, purpura, ecchymoses, mais principalement épistaxis. La faiblesse va croissant; souvent le pouls devient fréquent; un délire agité ou tranquille, la somnolence, le coma, des soubresauts des tendons, de vraies convulsions éclamptiformes, viennent terminer la maladie. La percussion permet souvent de constater une diminution considérable dans le volume du foie; ce signe est un élément considérable dans le diagnostic et dans le pronostic.

Variété foudroyante. Cette variété offre pour caractère une rapidité telle dans la succession des symptômes, que souvent la mort arrive en deux ou trois jours. Habituellement l'ictère et les hémorrhagies se montrent simultanément; un mouvement fébrile, plus marqué que dans la variété précédente, les accompagne; puis, après quarante-huit heures, trois jours au plus, apparaissent le délire, le coma et les autres symptômes que nous avons décrits.

Néanmoins, il existe des cas où l'ictère fait défaut dans les premiers jours, et alors le diagnostic est fort incertain. Des symptômes cérébraux bizarres, un mouvement fébrile, une gravité très-apparente, puis, après deux ou trois jours, l'ictère et les hémorrhagies, constituent alors la figure de la maladie. L'examen de l'urine, au début des accidents, lève souvent tous les doutes.

Anatomie pathologique. — Les micrographes ont décrit un état particulier du foie dans l'ictère malin. La *cellule hépatique* est détruite, et le foie plus ou moins atrophié.

Dans certains cas, le foie n'a pas diminué de volume, parce que les cellules détruites sont remplacées par une formation abondante de tissu conjonctif.

Trousseau prétend qu'il a vu des ictères malins *sans aucune altération du foie*. Si ce fait se confirme, il faudra considérer la destruction de la cellule comme une des lésions possibles de la maladie, et la mettre sur le même rang que l'hypertrophie de la rate, la dégénérescence du cœur, l'état poisseux du sang et son altération par la *leucine* et la *thyrosine*.

Traitement. — *Forme commune.*— *Nux vomica* et *chamomilla* sont les deux médicaments principaux dans le traitement de la forme commune de l'ictère essentiel. Ces deux médicaments conviennent au symptôme *ictère*. Mais *nux vomica* est indiqué particulièrement par la constipation et l'anorexie. *Chamomilla,* au contraire, convient principalement dans l'ictère avec diarrhée. La dose convenable est la 6e dilution, une cuillerée toutes les trois heures. Les médicaments qui seraient indiqués si les deux premiers ne suffisaient pas, sont : *china, lachesis, digitalis, vipera torva, chelidonium majus* et *ricinus*. *China* convient davantage à l'ictère avec *diarrhée;* il est plus particulièrement indiqué par une douleur de foie s'aggravant à la pression. Le dégoût pour la viande avec amertume de la bouche, le pyrosis sont encore des signes d'une grande valeur.

Lachesis, ou mieux *vipera,* conviennent à l'ictère avec constipation. La piqûre des serpents détermine souvent l'ictère. Les symptômes différentiels qui pourraient fixer le choix sur ces médicaments sont : un goût sucré ou acide dans la bouche ; une sensibilité excessive de l'épigastre, des douleurs brûlantes ou incisives dans la région du foie.

Digitalis correspond au symptôme *ictère*. Son choix sera déterminé par des vomissements et des diarrhées cholériformes, ou bien empiriquement après l'insuccès des autres médicaments. *Chelidonium majus* et *ricinus* sont préférés à tous les autres médicaments par un certain nombre de médecins. Les doses sont les mêmes que celles indiquées pour *nux vomica* et *chamomilla*. Je rappelle qu'il faut persévérer longtemps dans l'usage du même médicament, parce que la maladie est longue et marche très-lentement.

Bryonia est indiqué quand les vomissements suivent *immédiatement* la pénétration des aliments dans l'estomac.

Ictère malin. A ma connaissance, un seul médicament, jusqu'à ce jour, a donné quelques cas de guérison, c'est *aconitum* (T. m.), 1 gramme dans une potion de 200 grammes, une cuillerée toutes les deux heures. Ce médicament est du reste indiqué par l'ictère, les hémorrhagies et les congestions multiples qui caractérisent cette maladie.

Phosphorus, *lachesis*, *arsenicum*, sont encore indiqués dans cette forme de maladie, tant par les symptômes d'ictère que par les hémorrhagies, la prostration, les paralysies, les contractures, le délire, la somnolence et le coma.

MALADIES ET AFFECTIONS

DES

VOIES RESPIRATOIRES

MALADIES

ET

AFFECTIONS DES FOSSES NASALES

Nous décrirons le *coryza*, l'*epistaxis*, l'*ozène scrofuleux* et *syphilitique*. Nous dirons un mot seulement du traitement médical des *polypes* des fosses nasales.

CORYZA.

Le coryza est caractérisé par l'inflammation de la membrane muqueuse des fosses nasales et des cavités voisines. Cette inflammation peut ne constituer qu'une affection symptomatique de la scrofule, de la goutte, de la dartre, de la diphthérie ou de la morve. Mais le plus souvent elle constitue une des localisations les plus constantes du *rhume*. Cette dernière maladie, en effet, se localise successivement et quelquefois simultanément dans les bronches, le larynx et les fosses nasales ; et dans sa forme la plus bénigne, elle reste quelquefois bornée à une seule localisation, en sorte que le *coryza* comme la *laryngite* ne constituent pas des maladies séparées, mais comme une partie du catarrhe pulmonaire. Ceci dit, nous décrirons seulement les symptômes et le traitement du coryza, réservant, pour être traitée à propos du catar-

rhe pulmonaire, la question d'*étiologie* et celle des *formes*.

Le coryza débute par un sentiment de pesanteur dans le front, de sécheresse et de chaleur dans les fosses nasales. Des éternuements plus ou moins fréquents et l'écoulement d'un mucus clair, limpide comme de l'eau, constituent les deux symptômes principaux de la maladie dans sa première période. Lorsque le coryza est intense, les douleurs deviennent extrêmement vives, et, chez les personnes très-impressionnables, elles atteignent quelquefois un degré excessif; elles siégent principalement dans le front, au niveau des sinus frontaux et dans les joues, où elles correspondent à l'inflammation des sinus maxillaires; elles s'exaspèrent et s'irradient à la façon des névralgies. L'inflammation s'étend plus ou moins à la conjonctive et détermine de la photophobie, mais surtout du larmoiement. Le liquide séreux qui s'écoule des fosses nasales est plus ou moins abondant; il s'arrête quelquefois quand le malade est au chaud. Le *coryza* est alors *sec;* les narines sont enchifrenées, et cet état est quelquefois plus pénible que celui du *coryza fluent*. Le flux nasal est souvent très-âcre; il rougit et même excorie la lèvre supérieure.

Pendant cette période, la voix est nasonnée et la respiration plus ou moins interrompue. Chez l'*enfant nouveau-né*, cette obstruction des fosses nasales a les plus graves inconvénients. L'enfant ne peut respirer que par la bouche, et lorsqu'il veut teter, il est pris de suffocation; l'alimentation devient très-difficile et les auteurs parlent d'enfants morts de faim pendant un rhume de cerveau; nous n'avons jamais vu une terminaison aussi funeste. Après quelques jours de cette période, la résolution commence, les éternuements cessent; la céphalalgie diminue, le liquide sécrété devient de plus en plus épais, et sa couleur est jaune ou verte; l'odorat se perd quelquefois com-

plétement. Cette période peut se prolonger très-longtemps, surtout chez les scrofuleux.

Nous dirons un mot du coryza symptomatique de la *goutte* et de la *scrofule*.

Coryza goutteux. Il est constitué par des accès d'éternuement excessivement répétés et un écoulement séreux très-abondant. Les malades éternuent 50 fois, 100 fois de suite ; le liquide séreux s'écoule aussi abondamment que le sang dans l'épistaxis. Ces accès débutent et finissent brusquement. Chez certains malades ils se répètent souvent. Je n'ai jamais observé ce coryza que chez les *goutteux* et chez les *hémorrhoïdaires*.

Coryza scrofuleux. C'est une affection presque constante dans la scrofule. Il affecte une marche chronique, la douleur est nulle ou presque nulle ; l'écoulement plus ou moins abondant est toujours épais et coloré, la voix est nasonnée; elle ne peut être soutenue longtemps et devient facilement criarde. Quand cette affection s'est prolongée avec des alternatives de mieux et de plus mal, la membrane pituitaire s'épaissit et s'ulcère, les mucosités prennent une odeur désagréable et sont souvent mélangées de sang; l'odorat devient très-obtus ou se supprime même tout à fait.

Traitement. — Au début du coryza le médicament le plus généralement indiqué est *nux vomica*. Je l'administre à la dose de quelques gouttes de la 3e dilution, deux cuillerées toutes les heures, et souvent il m'est arrivé d'arrêter la maladie en vingt-quatre heures.

Le *médicament* qui m'a le plus souvent réussi après *nux vomica* est *mercurius solubilis*, administré de la même manière.

Les signes qui feront préférer *mercurius* à *nux vomica* sont la rougeur et l'excoriation de la lèvre supérieure et

de l'ouverture des narines, un écoulement plus continu; *nux vomica* convient davantage quand il y a alternance de coryza sec et de coryza humide.

Chamomilla m'a rendu de grands services dans les cas de douleurs insupportables, dans le front et dans les joues.

On indique encore *lachesis, hepar sulfuris, arsenicum* et *euphrasia,* quand la conjonctive est très-malade.

Dans la seconde période de la maladie, *pulsatilla* est le médicament principal; il est surtout indiqué par la diminution ou la suppression de l'odorat. Chez les scrofuleux et quand l'affection est tout à fait chronique, le traitement devient très-difficile; les principaux médicaments sont dans ce cas : *calcarea carbonica, natrum carbonicum, graphites, silicea, hepar sulfuris* et *sulfur.*

Calcarea, écoulement abondant de matières puriformes, épaisses, qui obturent les fosses nasales; croûtes et ulcération des narines; odeur de fumier ou d'œufs pourris, perçue par le malade.

Graphites convient davantage si le coryza s'accompagne de dartres humides ou croûteuses; il correspond à la sécrétion d'un pus fétide et à l'ulcération des narines.

Natrum carbonicum, formation de mucosités puriformes, dures et épaisses, très-fétides, qui obturent les narines; ulcérations situées très-haut dans les fosses nasales; c'est un médicament de l'ozène.

Sulfur donne, comme *calcarea,* des odeurs d'œufs pourris ou de corne brûlée perçues par le malade, et des écoulements épais et fétides; et en plus la sensation de crépitations dans le nez.

Silicea et *hepar sulfuris* pourraient encore être prescrits.

Dans le coryza goutteux nous nous sommes habituellement bien trouvé de *kali chloricum* à la 6e di-

lution. *Arsenicum* dans d'autres cas nous a semblé préférable.

ÉPISTAXIS.

Cette affection constituée par l'hémorrhagie de la membrane muqueuse des fosses nasales, apparaît dans des circonstances bien diverses. Tantôt elle existe indépendamment de toute maladie actuelle, c'est alors l'*épistaxis essentielle;* d'autres fois elle constitue un symptôme commun à des maladies très-nombreuses, dont les principales sont : le *purpura hæmorrhagica,* les *fièvres continues* et *éruptives;* elle constitue quelquefois une variété de *fièvre intermittente;* c'est un symptôme fréquent de l'*insuffisance des valvules aortiques.* L'épistaxis est encore symptomatique de l'*état cachectique;* elle peut remplacer les *règles supprimées.* Enfin l'*hémorrhagie nasale* est un phénomène *critique* extrêmement fréquent dans les fièvres et dans les phlegmasies.

Épistaxis essentielle. Il sera peut-être démontré un jour que l'épistaxis est toujours liée à la maladie hémorrhoïdaire, soit comme affection concomitante, soit comme affection antécédente. Mais affection ou maladie, l'épistaxis dont nous traitons devait avant tout être nettement séparée de l'épistaxis symptomatique accidentelle, et de l'épistaxis critique.

L'épistaxis présente des degrés très-nombreux et peut être divisée en plusieurs variétés, d'après l'abondance de l'écoulement sanguin.

Cette maladie est surtout fréquente pendant la seconde enfance et au commencement de l'âge adulte; vers 40 ans, elle est souvent remplacée par un flux hémorrhoï-

daire. Les personnes sujettes à l'épistaxis présentent en général une peau fine et très-vasculaire ; les femmes ont en même temps des règles très-abondantes. Le printemps et l'été sont les deux saisons pendant lesquelles la maladie sévit le plus fréquemment.

Les émotions morales, les pleurs, l'insolation, un travail intellectuel assidu, des boissons alcooliques, les coups sur le nez, sont les *causes occasionnelles* les plus fréquentes.

L'épistaxis est souvent annoncée par de la céphalalgie, de la chaleur et de la rougeur à la face, un chatouillement dans les fosses nasales, et, si l'hémorrhagie doit être abondante, un pouls grand et dicrote; le sang coule habituellement d'nne seule narine, par gouttes précipitées ou par jet continu; habituellement l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même, pour reprendre après quelques minutes. Le plus souvent elle se termine complétement, après avoir fait perdre au malade de 100 à 200 grammes de sang. Alors la céphalalgie et la chaleur de la tête cessent, et les malades se trouvent tout à fait bien.

Mais, dans quelques cas, les hémorrhagies se succèdent à de très-courts intervalles pendant douze, vingt-quatre, quarante-huit heures, et amènent une perte de sang considérable : d'où pâleur, faiblesse du pouls, état lipothymique et syncope. La mort surviendrait si l'art n'intervenait point en temps opportun.

Quand les malades sont couchés, le sang s'écoule par l'ouverture des fosses nasales et est ensuite rejeté par la bouche.

Si l'épistaxis survient pendant le sommeil, le sang peut être avalé, et il est ensuite rendu par le vomissement et simule l'*hématémèse*. Le même phénomène se produit chez les enfants qui avalent le sang, au lieu de le cracher.

La maladie procède par attaques revenant habituelle-

ment plusieurs fois par an, et chaque attaque se compose de plusieurs accès.

Traitement. — Il se divise en traitement de la disposition au saignement du nez et traitement de l'accès.

Nux vomica est le médicament qui est le plus souvent indiqué contre la disposition au saignement du nez; il réussit presque à coup sûr si l'épistaxis est précédée de céphalalgie avec sentiment de chaleur à la tête, s'il survient habituellement la nuit. Si *nux vomica* ne suffisait pas, il faudrait administrer *sulfur* ou *calcarea*. Ce dernier convient principalement quand les hémorrhagies sont extrêmement abondantes.

Lachesis est plus particulièrement indiqué chez la femme et pendant la ménopause; avant cet âge il convient encore quand l'épistaxis survient quelques jours avant les règles.

Pendant l'accès, *aconitum*, *arnica*, *crocus*, *moschus*, *phosphorus*, *china*, *pulsatilla*, *ferrum perchloricum*, sont principalement indiqués.

Crocus convient contre les hémorrhagies violentes. Le caractère des hémorrhagies du *crocus* est de fournir un sang noir et visqueux.

Moschus aurait, d'après Hartmann, fait cesser en quelques minutes des hémorrhagies les plus violentes, accompagnées d'un état lipothymique.

Phosphorus m'a réussi dans un cas d'épistaxis qui durait depuis plusieurs heures avec violence chez un homme atteint d'une affection du cœur.

China est indiqué aussi contre les hémorrhagies opiniâtres.

Pulsatilla, quand l'hémorrhagie est liée à un retard des règles.

Arnica pour l'hémorrhagie traumatique.

Ferrum perchloricum est un bon moyen dans les hémorrhagies; il m'a souvent réussi à la 3e dilution en gouttes; il n'y aurait aucun inconvénient à prescrire quelques gouttes de la teinture mère.

Quand les hémorrhagies se répètent fréquemment et sont fort abondantes, il ne faut pas hésiter à seconder l'action des médicaments par des moyens extérieurs : les principaux sont l'élévation du bras du côté où se fait l'épistaxis, la compression de la narine, l'action vive et subite du froid, soit sous forme d'affusion, soit appliqué sur le front, sur le scrotum, sur les mamelles et dans le dos; la vaporisation de l'éther appliqué sur le front a réussi dans un cas très-rebelle. La compression de la carotide primitive du côté malade est un moyen fort efficace.

Mentionnons enfin l'aspiration d'une eau chargée de perchlorure de fer par parties égales, l'application de bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure à 40 degrés et le tamponnement. Ce dernier moyen, qui est d'une ressource si précieuse dans les cas graves, se pratique de la manière suivante : on fait suivre à la *sonde de Belloc* le plancher des fosses nasales; quand l'instrument est arrivé derrière le voile du palais, on lâche le ressort qui porte dans la bouche le bouton terminal de cet instrument; on introduit dans le chas de ce bouton un fil double assez long et très-fort comprenant dans son anse un tampon de charpie suffisamment volumineux pour oblitérer l'ouverture postérieure des fosses nasales. A ce tampon est fixé un fil simple destiné à empêcher sa chute dans l'arrière-gorge lorsqu'on voudra enlever l'appareil. Le tampon de charpie est porté derrière le voile du palais et fixé fortement dans l'ouverture postérieure des fosses nasales à l'aide du fil double qui a été entraîné par la sonde de Belloc; puis des bourdonnets de charpie sont placés dans l'écar-

tement des deux fils et fixés à l'ouverture extérieure des fosses nasales, et le fil double noué solidement sur ce tampon extérieur. Les fosses nasales se trouvent complétement fermées par ce procédé. Quand on veut enlever cet appareil, on coupe le fil qui retient le tampon antérieur et on retire le tampon postérieur à l'aide du fil simple resté dans la bouche.

OZÈNE.

On donne ce nom à des affections très-diverses, mais qui ont pour caractère commun l'exhalation d'une puanteur insupportable par les fosses nasales. Cette odeur infecte peut exister indépendamment de toute ulcération de la membrane muqueuse et sans le moindre coryza. C'est l'*ozène* proprement dit, que nous appellerions *essentiel* s'il n'était pas toujours symptomatique de la scrofule; d'autres fois l'odeur fétide qui s'exhale des fosses nasales est liée à une carie syphilitique ou scrofuleuse, à des ulcérations de la membrane muqueuse, à une inflammation chronique de l'un des sinus maxillaires, et même chez quelques personnes à un simple coryza chronique.

Ozène proprement dit ou *punaisie*. Cette affection si odieuse ne débute guère qu'après la première dentition, pour prendre son plus haut degré de développement à la puberté et diminuer ensuite, sans jamais disparaître pendant la vieillesse.

On a dit que les personnes qui avaient le nez déprimé vers sa racine et les fosses nasales étroites étaient plus exposées à la *punaisie;* cela n'est pas exact. Seulement l'écrasement du nez se rencontre fréquemment dans la scrofule et dans la syphilis; maladies qui produisent souvent l'ozène.

Cette affection est caractérisée par une puanteur exécrable, qui a quelque chose de fade et soulève le cœur; cette odeur est toute spéciale et diffère de la fétidité des autres ozènes. Quand on l'a sentie une fois on la reconnaît facilement. Les malheureux malades sont les seuls qui ne le sentent pas, car ils sont en même temps privés de l'odorat et de cette portion du goût qui y est attaché. Cette affection existe sans lésion et est tout à fait comparable à la fétidité qui s'exhale des pieds chez certaines personnes. L'ozène proprement dit est extrêmement rebelle, il n'a aucune tendance à la guérison et persiste souvent pendant toute la vie du malade.

Ozène lié à un coryza ulcéreux. Cette affection ne se développe que chez les scrofuleux et peut-être chez les dartreux. Indépendamment de la puanteur de l'ozène, on note encore l'excrétion de mucosités verdâtres, épaisses, roulées en gros bouchons, striées de sang; la formation de croûtes noirâtres et épaisses. L'examen des fosses nasales permet de constater la rougeur de la membrane muqueuse et la présence d'ulcérations. Quand ces ulcérations sont très-élevées, la vue ne peut pas les atteindre, mais alors on peut constater leur existence en promenant dans les fosses nasales un stylet mousse et recourbé, qui glisse facilement sur la membrane muqueuse saine et bute sur les surfaces ulcérées.

Dans un degré plus avancé, cette affection peut se compliquer de la carie et de la destruction du squelette des fosses nasales.

Ozène syphilitique. Il est toujours lié à la nécrose des os du nez; les os propres du nez, les apophyses montantes des maxillaires, le vomer, les cornets et même l'ethmoïde peuvent être le siége de cette nécrose. On comprend toute la gravité d'une semblable affection, qui ne peut se guérir que par l'expulsion d'un séquestre; on a

vu l'élimination d'une partie de l'ethmoïde être suivie d'accidents cérébraux mortels en quelques heures. L'odeur exhalée par les malades n'est pas aussi fétide que celle due à l'ozène proprement dit.

Ozène du sinus maxillaire. Il se reconnaît à trois caractères : la persistance de l'odorat chez le malade; l'intermittence de la puanteur et l'écoulement abondant de mucosités purulentes lorsque le malade incline la tête de manière à vider le sinus.

Traitement de l'*ozène proprement dit.* — Je ne connais aucune observation de guérison durable de l'ozène véritable par la méthode homœopathique. Lorsque l'ozène est lié à un écoulement de mucosité puriforme, *pulsatilla, aurum, sepia, phosphorus* et *kali chloricum* ont donné des guérisons durables.

Dans l'*ozène* syphilitique, *aurum, iodium* et *mercurius* ont donné des succès.

Phosphorus est le médicament indiqué contre l'*ozène* sans écoulement; il correspond à la sécheresse des fosses nasales, avec odeur extrêmement fétide et absence de l'odorat.

Pulsatilla est le médicament par excellence pour l'ozène avec sécrétion d'un mucus puriforme, *asa fœtida* et *silicea* sont deux analogues.

Kali chloricum m'a donné des améliorations considérables.

Aurum et *mercurius* et aussi *silicea* conviennent quand il y a carie des os du nez; enfin il faut se reporter au traitement du coryza chronique pour le complément du traitement de l'ozène. Je conseille d'essayer encore les injections avec une solution de *corrosivus* 1re dilution, de 20 à 40 gouttes pour 200 grammes d'eau distillée. Les succès obtenus par l'usage extérieur du sublimé, les symptômes

produits par le mercure sont des raisons suffisantes pour essayer ce moyen.

On masque et on pallie la puanteur de l'ozène avec des injections d'eau contenant un millième d'acide phénique.

POLYPES DES FOSSES NASALES.

Il n'entre point dans notre cadre de décrire les polypes des fosses nasales et les opérations chirurgicales que réclament souvent ces affections; seulement nous voulons indiquer sommairement les médicaments qui ont produit quelques guérisons dans ces cas difficiles : *Calcarea, phosphorus, staphysagria, teucrium-mare, sepia* et *silicea* ont été indiqués par les auteurs.

Calcarea carbonica est le médicament qui compte le plus de succès. Il a été administré en globules à la 18e et à la 30e dilution; en général 1 dose par jour, pendant quatre jours, suivie d'un long repos; *phosphorus* a été prescrit à la 4e et à la 18e en gouttes, pendant dix jours de suite. *Sulfur* compte aussi des guérisons de polypes.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DU LARYNX

Nous décrirons dans ce chapitre la *laryngite ;* les *localisations scrofuleuses,* qui comprennent la *phthisie laryngée* et la *nécrose des cartilages ;* les *localisations syphilitiques* et *cancéreuses ;* l'*œdème de la glotte ;* les *névroses du larynx,* qui comprennent la *laryngite striduleuse* , le *spasme de la glotte* et l'*aphonie ;* le *croup* a été décrit avec la *dyphthérie.*

LARYNGITE.

Cette affection est, le plus souvent, liée comme symptôme à une *fièvre continue* ou *éruptive,* ou bien elle constitue, comme le coryza, une simple localisation du *rhume* ou *catarrhe pulmonaire.* Mais, dans quelques cas, la laryngite reste entièrement localisée sur le larynx, et, bien qu'étant en résumé de même nature que le rhume, elle constitue une affection tellement limitée, qu'elle mérite d'être décrite comme une maladie essentielle.

La laryngite présente trois formes : la *forme commune,* la *forme grave,* et la *forme nerveuse,* généralement connue sous les noms de *faux-croup, laryngite striduleuse.*

La FORME COMMUNE débute par un sentiment de chatouillement, accompagné de chaleur dans le larynx. Cette sensation est bientôt remplacée par une douleur cuisante et constrictive, qui augmente surtout par la parole et par la toux, mais aussi par l'acte de la déglutition. A cette douleur viennent se joindre la toux et la raucité de la voix.

La raucité de la voix atteint un degré variable, et arrive rarement à l'aphonie complète. La toux est fréquente, douloureuse, sèche, et revêt un timbre en rapport avec celui de la voix; il n'y a ni dyspnée, ni sifflement; la fièvre est nulle dans les cas les plus bénins; jamais elle ne devient bien intense.

Le plus souvent, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, la laryngite se propage aux bronches et aux fosses nasales pour constituer le catarrhe pulmonaire; mais, quand la maladie reste limitée au larynx, elle entre en voie de résolution du 4e au 7e jour. La fièvre tombe, la raucité de la voix diminue; la toux devient grasse, l'expectoration s'établit, et au bout de quelques jours il ne reste plus rien de cette petite maladie. Cependant, sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques, et surtout par l'action de dispositions diathésiques, *hémorrhoïdaires* ou *dartreuses*, l'inflammation de la membrane muqueuse se perpétue, et la laryngite, prenant l'allure propre aux maladies *chroniques*, vient constituer une affection extrêmement rebelle.

La *laryngite chronique* ne s'accompagne pas de fièvre, et souvent elle est compatible avec une santé florissante; mais la voix est fortement compromise; le plus souvent c'est un enrouement qui augmente ou diminue, suivant les influences de la température, suivant aussi le repos ou l'exercice du larynx. Après une fatigue, l'*aphonie* peut devenir complète, persister des mois ou même devenir définitive. La douleur est habituellement nulle ou bien ne se montre que pendant les périodes d'aggravation; la toux a une fréquence très-variable; elle est petite, laryngée, quelquefois douloureuse, sèche; souvent elle entraîne par l'expectoration des crachats muqueux, petits et roulés; quelquefois ces crachats contiennent des filets de sang.

L'examen laryngoscopique et les autopsies ont démontré qu'à cette période il existait souvent des ulcérations qui rendent un compte suffisant de l'aphonie et de la persistance de la maladie.

Cette affection, extrêmement opiniâtre, offre souvent des alternances de bien et de plus mal, coïncidant avec l'apparition ou la disparition d'affections dartreuses ou hémorrhoïdaires.

Laryngite grave. C'est fort heureusement une maladie rare; on l'observe surtout dans la seconde enfance et dans l'âge adulte, quelquefois après un refroidissement considérable, mais le plus souvent sans cause occasionnelle appréciable.

Cette laryngite débute par un mouvement fébrile intense, accompagné de raucité de la voix et de douleur au larynx. Le mouvement fébrile continue, et aux symptômes de la laryngite, décrits précédemment, viennent se joindre une dyspnée croissante et un sifflement laryngo-trachéal intense. Ce dernier symptôme donne à la maladie une physionomie qui la fait ressembler au croup. Si la laryngite grave doit se terminer par la mort, ce qui est le cas le plus fréquent, la dyspnée augmente, le cou se gonfle, les signes d'asphyxie se montrent : face bouffie et violacée, lèvres bleuâtres, pouls petit et fréquent, tendance au refroidissement. La dyspnée augmente et diminue, mais il n'y a pas de véritables accès de suffocation. Ce dernier signe, et le résultat négatif fourni par l'inspection de l'arrière-gorge, sont les deux meilleurs signes pour distinguer la laryngite grave du croup.

Quand le malade doit guérir, la dyspnée et le sifflement laryngo-trachéal diminuent; la fièvre tombe, et quelquefois il se fait une expectoration muqueuse abondante.

Forme striduleuse. — Cette forme de laryngite est caractérisée par des accès nocturnes de suffocation; elle est propre à l'enfance et elle ne peut se produire indépendamment de certaines conditions anatomiques qui n'existent qu'à cet âge. Chez l'adulte, la glotte se divise en deux parties : la glotte vocale et la glotte respiratoire; cette dernière est constituée par un espace triangulaire limité par le cartilage arythénoïde et constamment ouvert. Cet espace manque dans l'enfance et ne se produit qu'à un certain âge. Or, les suffocations de la laryngite striduleuse ne pouvant se produire qu'avec un larynx qui ne présente pas encore de glotte respiratoire, il est tout simple que la laryngite striduleuse soit si rare après sept ans et tout à fait inconnue dans l'âge adulte. Les *causes occasionnelles* sont les mêmes que celles des autres formes de la laryngite.

Le début de la maladie est caractéristique : l'enfant, après avoir éprouvé dans la journée un peu de toux et d'enrouement, d'autres fois, sans avoir rien éprouvé, est réveillé tout à coup, vers le milieu de la nuit, par un accès très-violent de suffocation, accompagné d'une toux rauque éclatante, d'une inspiration difficile et sifflante. En même temps, la voix est enrouée avec des éclats rauques d'un timbre analogue à ceux de la toux. L'enfant, assis sur son lit, anxieux, haletant, est dans un état qui a une apparence extrêmement grave ; la toux est fréquente, le facies animé, la peau chaude, le pouls développé. Cet état violent ne tarde pas à se calmer; la toux devient un peu moins sèche, l'inspiration moins sifflante ; et, dans les cas les plus simples, l'enfant se rendort tranquillement, et le lendemain il ne présente plus qu'un peu d'enrouement avec une toux rauque, mais déjà grasse. Dans une variété plus intense, les accès de suffocation se

répètent la même nuit, quand l'enfant a dormi quelques heures; la fièvre s'établit avec une grande intensité; le lendemain, la voix et la toux restent rauques, l'inspiration difficile et les accès de suffocation se montrent de nouveau, mais principalement la nuit et pendant le sommeil. Cependant ces accès de suffocation présentent constamment pour caractère de suivre une série décroissante, en sorte que c'est toujours le premier accès qui est le plus violent. Dans les cas intenses, la maladie peut se prolonger trois ou quatre jours, et même un septénaire. Seulement elle devient de plus en plus semblable à une laryngite simple.

La laryngite striduleuse peut être le prodrome d'une fièvre éruptive ; nous avons observé un cas où elle a précédé une pleurésie bénigne.

Les auteurs rapportent quelques cas suivis de mort pendant l'accès de suffocation.

Les accès violents de suffocation, qui constituent cette forme de la laryngite ont pour conditions : 1° la structure du larynx dans l'enfance ; 2° l'accumulation des mucosités sur les cordes vocales pendant le sommeil ; 3° un spasme des muscles de la glotte dû à une action réflexe.

Traitement. — *Belladona, lachesis, phosphorus* et *hepar sulfuris* sont les principaux médicaments de la laryngite aiguë. Tous les quatre correspondent à la douleur du larynx par la parole et par l'attouchement, à la raucité de la voix jusqu'à l'aphonie ; à la toux laryngée et au mouvement fébrile. *Belladona* sera indiqué préférablement quand la douleur s'étend à l'isthme du gosier et aux oreilles; qu'elle se manifeste pendant la déglutition, et qu'elle est excitée au plus haut point par la pression extérieure qui détermine une suffocation. *Lachesis* ressemble beaucoup à *belladona*, et je ne trouve pour les

différencier que la sensation toute subjective de *quelque chose* dans la gorge qui empêche de parler et qui ne peut se détacher.

Phosphorus est indiqué par l'extrême douleur du larynx, en parlant même à voix basse; par la douleur de déchirure pendant la toux, douleur même en respirant.

Hepar sulfuris présente des symptômes tout à fait analogues à ceux de *phosphorus*. *Bromum* correspond aux symptômes et aux lésions de la laryngite. Il est plus spécialement indiqué par une sensation d'excoriation qui coïncide quelquefois avec un sentiment de froid pendant l'inspiration. La toux spasmodique avec accès de suffocation l'indique dans la *laryngite striduleuse*.

Dans la *forme grave*, au début, quand la fièvre est intense, *aconit* est le meilleur médicament.

La *laryngite striduleuse* demande principalement : *sambucus, arsenicum* et *ipeca*. *Sambucus* est indiqué par les accès de suffocation au réveil, avec grande angoisse, tremblement du corps, face bleuâtre; râle laryngo-trachéal, toux rauque. *Arsenicum* convient dans le cas qui se prolonge plusieurs jours, tandis que *sambucus, ipeca* sont plutôt indiqués pendant l'accès. Le Dr Teste conseille d'alterner *coralia rubra* (30) et *opium* 3e. Le vomissement provoqué fait habituellement disparaître tous les accidents. Une éponge imbibée d'eau très-chaude et maintenue sur le larynx produit un grand soulagement. Enfin, il y a des cas excessivement rares qui ont nécessité la trachéotomie.

ŒDÈME DE LA GLOTTE.

C'est une affection caractérisée par l'infiltration des replis arythéno-épiglottiques et de l'épiglotte. La dénomination d'œdème de la glotte consacre donc une erreur anatomique, puisque ce n'est pas la glotte, mais bien l'ouverture supérieure du larynx, qui est le siége de cette affection.

L'œdème de la glotte peut survenir brusquement sans maladies antérieures ou concomitantes, elle constitue alors une maladie essentielle. Mais ce cas est extrêmement rare, et peut-être qu'une observation plus attentive permettra de rattacher un jour les œdèmes de la glotte, en apparence essentiels, à l'une des catégories suivantes :

L'œdème de la glotte survient principalement comme épiphénomène grave dans le cours de la phthisie laryngée scrofuleuse ou syphilique ; dans le cours des abcès du pharynx, quand ces abcès avoisinent l'épiglotte ; dans l'érysipèle propagé à la muqueuse pharyngée ; dans l'angine ulcéreuse de la variole et de la fièvre typhoïde. L'œdème de la glotte est encore un accident de toutes les maladies dans lesquelles l'albuminurie se produit. Enfin c'est l'accident qui rend si graves les brûlures du fond de la gorge, déterminées chez les jeunes enfants par l'aspiration de thé bouillant, à travers le bec de la théière.

Le tissu cellulaire sous-muqueux des replis arythéno-épiglottiques et de l'épiglotte est comparable, par sa laxité, à celui des paupières ; on comprend donc qu'une inflammation située dans ces régions puisse s'accompagner d'une tuméfaction considérable. On comprend aussi que l'œdème symptomatique de l'albuminurie puisse se

localiser sur l'ouverture supérieure du larynx. J'ai observé un cas d'œdème de la glotte, comme symptôme persistant de la maladie de Bright; l'ouverture supérieure du larynx, ainsi tuméfié, constitue un obstacle au passage de l'air, principalement pendant l'inspiration, parce qu'à ce moment la colonne d'air précipite les bourrelets œdématiés vers l'ouverture de la glotte, les rapproche et ferme plus ou moins complétement l'entrée du larynx. L'expiration, au contraire, repousse et éloigne les bourrelets, aussi est-elle comparativement très-facile.

Les symptômes communs aux œdèmes de la glotte sont : une dypsnée avec inspiration difficile et sifflante et une expiration facile; une tuméfaction de l'épiglotte perceptible au toucher.

La dypsnée va croissant, s'accompagne d'accès de suffocation et d'une grande anxiété; puis, si l'art ou la nature n'amène pas une rémission rapide, les signes de l'asphyxie apparaissent; les malades tombent dans le collapsus et succombent rapidement. Il est très-rare que cette terminaison se produise dans le cours du premier accès, quand l'œdème est symptomatique d'une affection chronique; mais la mort peut être beaucoup plus rapide quand l'œdème de la glotte survient après la brûlure du fond de la gorge, après la piqûre d'une guêpe et dans le cours des affections aiguës et inflammatoires de l'arrière-gorge et du larynx.

Quant à l'œdème de la glotte essentiel, il survient à la suite d'un refroidissement et d'excès alcooliques; il s'accompagne des symptômes d'une laryngite violente, mêlés à ceux de l'œdème de l'épiglotte et des replis épiglottiques. Sa durée est courte, sa gravité est extrême.

Traitement. — Nous ne nous occuperons que du traitement de l'affection locale, renvoyant à l'histoire de la

syphilis, de la scrofule et de l'albuminurie pour le traitement de la maladie dont l'œdème de la glotte n'est qu'un accident.

Les principaux médicaments sont : *apis, lachesis, arsenicum* et *mercurius*. *Belladona* convient quand il y a des symptômes d'angine. Les trois autres médicaments conviennent pour la dyspnée laryngée, avec sifflement laryngo-trachéal et grand effort des muscles inspirateurs, aggravation de la dyspnée dans la position couchée. Ce dernier symptôme est propre à l'œdème de la glotte. *Apis* a surtout été prescrit, parce que la piqûre de l'abeille a quelquefois produit un œdème de la glotte, et aussi parce que la clinique a démontré son efficacité dans les inflammations accompagnées d'un gonflement œdémateux considérable. Il ne faut pas hésiter à faire la trachéotomie quand l'asphyxie devient imminente.

SCROFULE DU LARYNX

(PHTHISIE LARYNGÉE).

L'affection scrofuleuse du larynx présente plusieurs variétés. La première est constituée par l'ulcération tuberculeuse de la membrane muqueuse du larynx ; la deuxième par la tuberculisation primitive des cartilages.

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE LA MUQUEUSE LARYNGÉE, PHTHISIE LARYNGÉE PROPREMENT DITE.

Cette affection est toujours liée à la phthisie pulmonaire ; elle constitue tantôt un simple épiphénomène de cette maladie ; d'autres fois, au contraire, elle domine la scène morbide, et les malades croient être affectés seulement d'une maladie du larynx, et c'est seulement dans

la dernière période de la phthisie laryngée que l'affection pulmonaire prend une certaine importance.

La *lésion* est, le plus souvent, une infiltration tuberculeuse ; d'autres fois, des tubercules circonscrits ; cette lésion siége sur la membrane muqueuse qui recouvre les cartilages aryténoïdes, sur celle qui tapisse l'épiglotte et sur les cordes vocales ; elle passe par toutes les évolutions propres aux tubercules, et se termine par de larges ulcérations. L'inflammation atteint les cartilages et détermine leur ossification : plus tard, les ulcérations dénudent les cartilages ossifiés ou non, et amènent la carie et la nécrose de ces cartilages, dont des portions assez considérables sont quelquefois expulsées par la toux. Nous avons dit précédemment que les ulcérations étaient une cause fréquente d'œdème de la glotte.

Symptômes. — Un enrouement d'abord passager, puis permanent, une toux rauque, étouffée, quelquefois analogue à un rôt ; une expectoration de crachats petits, épais, puriformes, souvent striés de sang ; une gêne plus ou moins considérable de la respiration, sont les symptômes habituels de cette affection. L'examen de l'arrière-gorge permet de reconnaître une inflammation chronique du pharynx ; l'application du laryngoscope est plus concluante, puisqu'elle fait constater les ulcérations et les tubercules. Un examen attentif de la poitrine permettra presque toujours de constater l'existence de tubercules pulmonaires. La difficulté de la déglutition, le retour des aliments par le nez, le passage des boissons dans le larynx, indiquent que les lésions siégent principalement à l'épiglotte ; l'aphonie persistante est une preuve que les cordes vocales sont ulcérées ou même détruites en partie.

L'affection s'aggrave progressivement et lentement ; la gêne de la respiration est variable ; elle va jusqu'à la suf-

focation. Quand les ulcérations ont déterminé un œdème de la glotte et quand les cartilages nécrosés sont éliminés, un certain nombre de malades succombent asphyxiés très-rapidement; d'autres, après des accès de suffocation violents, expectorent une portion du cartilage nécrosé, et jouissent ensuite d'un calme relatif. Les symptômes généraux sont ceux de la tuberculisation : l'amaigrissement, la perte des forces, la fièvre hectique avec évacuation colliquative, et une mort plus ou moins lente par la phthisie pulmonaire, à moins que le malade ne succombe violemment à l'un des accidents que nous avons décrits.

SCROFULE DU LARYNX DÉBUTANT DIRECTEMENT PAR LES CARTILAGES.

Cette affection est constituée par l'inflammation du périchondre, d'où formation d'abcès, de carie et de nécrose; les symptômes sont plus aigus et marchent plus rapidement que dans la phthisie laryngée proprement dite. Une douleur souvent très-intense et persistante, l'enrouement, la toux rauque, une difficulté croissante de la respiration, constituent les principaux symptômes. Quelquefois l'abcès est perceptible au dehors; d'autres fois, il fait saillie dans le larynx, et détermine des accès de suffocation qui cessent subitement, aussitôt que l'abcès est ouvert. L'œdème de la glotte est encore un accident à redouter dans cette affection; des ulcérations succèdent à l'ouverture des abcès, et la maladie prend un aspect et une marche comparables à ceux de la phthisie laryngée proprement dite.

Traitement. — La phthisie laryngée demande principalement : *Phosphorus, hepar sulfuris, drosera, iodium, spongia, arsenicum, carbo vegetabilis, calcarea, causticum manganum* et *sulfur*.

Phosphorus et *hepar sulfuris* sont surtout indiqués par

l'état douloureux du larynx, dont la sensibilité est excitée même par la respiration ; *phosphorus* convient mieux dans les *constitutions* dites *phthisiques*, taille élancée, peau fine et colorée, hémorrhagies faciles ; *hepar sulfuris* sera préféré dans les *constitutions scrofuleuses*.

Drosera est indiqué par un picotement dans le larynx, qui excite une toux convulsive avec vomissement des aliments, sentiment de sécheresse et d'âpreté dans le fond de la gorge, qui excite à tousser. On trouvera l'indication des autres médicaments par l'étude de la matière médicale. Nous y reviendrons, du reste, à propos du traitement de la phthisie pulmonaire.

Les eaux d'*Allevard* sont celles qui m'ont le mieux réussi dans le traitement de cette affection.

CANCER DU LARYNX.

C'est surtout le cancer épithélial qui se localise sur le larynx ; il revêt la forme de végétations ou de tumeur, et par son siége produit l'enrouement, la toux, la dyspnée, les accès de suffocation et souvent des hémorrhagies. L'examen laryngoscopique seul permet de porter un diagnostic exact et d'enlever les tumeurs, qui sans cela amèneraient une mort prématurée.

Le larynx est encore le siége de *polypes* et de *végétations* sycosiques, reconnaissables par le laryngoscope. Le traitement de la sycose, *thuya, nitri acidum*, etc., sera institué avant d'avoir recours à l'opération.

SYPHILIS DU LARYNX.

C'est une affection secondaire caractérisée par l'ulcération de la membrane muqueuse ; et, dans les cas plus graves, par la nécrose des cartilages. On comprend que ces lésions, très-analogues à celles produites par la scrofule du larynx déterminent des symptômes analogues à ceux de cette dernière affection. — Les ulcérations syphilitiques du larynx sont produites par l'extension des ulcérations de l'arrière-gorge ; elles débutent toujours par l'épiglotte ; puis de là gagnent la muqueuse qui recouvre les cartilages aryténoïdes et les cordes vocales. Les ulcérations sont profondes, à bords coupés à pic et à fond grisâtre ; et elles sont précédées et accompagnées des autres signes de la vérole.

Quand l'affection syphilitique du larynx est guérie, il reste presque toujours des cicatrices vicieuses qui gênent la respiration et la phonation. Les symptômes généraux sont ceux de la syphilis constitutionnelle, et jamais on n'observe la fièvre hectique de la phthisie laryngée.

Le TRAITEMENT est celui de la syphilis de forme commune, arrivée à sa période secondaire ou tertiaire. Intercurremment on prescrit les médicaments déjà indiqués pour les inflammations du larynx et les accès de suffocation laryngée. La trachéotomie rend de grands et d'utiles services, parce qu'elle donne aux médications internes le temps de guérir la maladie.

SPASME DE LA GLOTTE.

C'est une *névrose* du larynx, caractérisée par la convulsion tonique des muscles constricteurs de la glotte. Le spasme de la glotte survient souvent à titre d'affection symptomatique dans le cours des laryngites et du croup, dans l'hystérie, mais principalement dans les attaques d'éclampsie et d'épilepsie; elle est quelquefois liée à l'existence de tumeurs ganglionnaires qui irritent les nerfs du larynx; mais nous voulons décrire ici une maladie essentielle propre à la première enfance et ayant des rapports intimes avec l'éclampsie.

Le spasme de la glotte ne se présente jamais en dehors de la première dentition; il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, à la ville qu'à la campagne; il se développe principalement chez les enfants élevés au biberon et chez ceux qui sont sevrés trop tôt; c'est un des effets de l'alimentation prématurée.

Cette maladie procède par accès irréguliers; ces accès surviennent au réveil ou à propos des mouvements de déglutition, ou encore quand l'enfant se met en colère. Tout à coup la respiration se suspend, la figure devient anxieuse, elle rougit fortement, et dans les accès intenses les lèvres bleuissent; puis, après 30, 40 secondes, la respiration se rétablit par une *inspiration* convulsive; l'air, en passant rapidement par la glotte encore rétrécie, fait entendre un sifflement aigu prolongé. Ce sifflement caractéristique ressemble à celui qui se produit en dehors de toute maladie chez les enfants colères qui se sont *pamés*.

Quelquefois la maladie se compose d'un accès unique;

soit que l'enfant succombe au premier accès, soit au contraire que la maladie se termine ainsi brusquement par la guérison; mais le plus souvent les accès se multiplient et se rapprochent, alors d'autres muscles participent au spasme : le diaphragme, les muscles de la face, ceux des extrémités. Quelques enfants sont pris d'une attaque complète d'éclampsie. Si la maladie se prolonge, elle altère la constitution; les enfants maigrissent, deviennent pâles, anémiques, et tombent dans une sorte de cachexie.

Si la maladie n'est point arrêtée par un changement de lieu ou de régime, ou par un traitement approprié, les enfants succombent pendant un accès. On a décrit une variété de spasme de la glotte dans laquelle le spasme était limité au diaphragme. Dans ces cas fort rares, la glotte étant libre, le sifflement caractéristique ne se produit point.

Cette maladie avait éte appelée *asthme thymique*, parce qu'on avait cru observer qu'elle coïncidait toujours avec l'hypertrophie du *thymus*. Les recherches récentes d'anatomie pathologique ont démontré l'erreur de cette opinion.

Traitement. — *Moschus* est le médicament principal; sa pathogénésie comprend les contractions spasmodiques du larynx, et la clinique compte un grand nombre de guérisons par le musc; mais il est souvent nécessaire d'arriver à une dose de quelques centigrammes. *Platina, zincum* m'ont encore donné des succès. J'ai prescrit *zincum* à cause de son emploi fréquent en allopathie contre les convulsions, et *platina* parce que, administré chez un adulte pour une névrose, il avait déterminé, chaque fois que le malade prenait une cuillerée de sa potion, un véritable spasme de la glotte. *Cuprum* pourrait encore être

essayé. Pendant l'accès, il faut relever l'enfant, le porter à l'air, lui jeter de l'eau à la figure, le flageller. L'application d'eau froide, d'huile chloroformée sur la région antérieure du cou sont deux moyens que nous recommandons pour rompre le spasme.

APHONIE.

L'aphonie est toujours un symptôme et se rencontre dans un grand nombre de maladies ; nous n'y reviendrons point ici. Nous dirons seulement un mot de l'*aphonie hystérique* et de l'*aphonie* due à la *paralysie* du *nerf récurrent*.

L'*aphonie hystérique* survient habituellement tout d'un coup et atteint de suite son plus haut degré d'intensité, c'est-à-dire qu'elle est caractérisée par la perte complète du timbre de la voix; le malade articule parfaitement, mais ne peut parler qu'à voix basse. Cette affection a une durée très-variable, et qui s'étend de quelques heures à quelques mois. Le plus souvent elle disparaît subitement.

L'*aphonie par paralysie* du nerf récurrent se montre dans beaucoup de maladies ; c'est elle qui détermine le plus souvent l'asphyxie croupale. On retrouve cette affection comme symptôme de tumeurs, d'anévrysmes comprimant le nerf récurrent; on la retrouve encore dans l'empoisonnement par le plomb et par le phosphore; il est douteux qu'elle survienne jamais comme maladie essentielle.

Cette affection est caractérisée par la raucité de la voix et par une aphonie plus ou moins complète; par un sentiment d'étranglement qui étouffe la toux, enfin par

la dyspnée et de véritables accès de suffocation. Cette dyspnée a pour caractère de s'augmenter toutes les fois que le malade fait des efforts d'inspiration et veut respirer plus fort. La dyspnée un peu prononcée n'existe guère que chez les enfants et se montre beaucoup plus rare et beaucoup plus faible lorsque la *glotte respiratoire* existe.

Traitement. — Contre l'*aphonie hystérique*, le médicament principal, est *nux moschata*. Ensuite viennent *platina* et *ignatia*. J'ai vu un cas qui paraissait très-opiniâtre et qui a disparu après l'instillation de quelques gouttes d'éther dans une dent douloureuse. L'*électricité* compte dans ce cas des succès faciles.

L'*aphonie par paralysie* demande principalement *cuprum, phosphorus, plumbum* et *nux vomica*. *Cuprum* présente ce signe caractéristique : *accès de suffocation et respiration sibilante en essayant de respirer profondément.* L'*électricité* compte quelques succès, mais elle est d'une application difficile, car il faut l'appliquer directement sur la corde vocale paralysée.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE POITRINE

CATARRHE PULMONAIRE.

C'est une maladie caractérisée par l'inflammation de la membrane muqueuse des voies respiratoires. Dans certaines formes, cette inflammation reste bornée à des régions limitées : *coryza, laryngite, bronchite,* dans d'autres le tissu pulmonaire lui-même est envahi : *pneumonie lobulaire.*

L'inflammation catarrhale de la membrane muqueuse respiratoire survient à titre de symptôme dans un grand nombre de maladies : la rougeole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, l'asthme, la phthisie. Dans la goutte et la dartre, cette inflammation revêt une marche chronique et constitue une affection fort importante.

Division. — Les formes du catarrhe pulmonaire correspondent assez exactement à des différences du siége. Aussi nous trouverons-nous ici presque d'accord avec l'école organicienne. Nous décrirons quatre formes : la *forme commune* ou *rhume ;* la *forme bénigne ;* la *forme grave,* ou *catarrhe suffocant, bronchite capillaire, pneumonie lobulaire.* Nous décrirons aussi le *catarrhe chronique,* quoiqu'il ne soit pas démontré qu'il puisse exister indépendamment de l'asthme, de la goutte ou de la dartre.

Forme commune ou *rhume*. — C'est une maladie très-fréquente dans notre pays. Elle débute habituellement par un sentiment de courbature et de fatigue, accompagné de céphalalgie et de frilosité. En même temps survient l'enchifrènement ou une légère douleur de l'arrière-gorge, suivant que le rhume doit débuter par le coryza ou par la laryngite. Un mouvement fébrile plus ou moins intense s'établit; il a pour caractère de s'accompagner d'une tendance au frisson dès que le malade se découvre, d'une élévation très-modérée de la chaleur et du pouls. Le coryza ou la laryngite s'établissent d'abord, avec leurs symptômes propres (voir ces mots), ils se succèdent, puis l'inflammation gagne la trachée et les bronches. Le mouvement fébrile continue pendant vingt-quatre, quarante-huit heures, quatre jours au plus; il présente chaque matin une rémission accompagnée de sueurs. Pendant ce temps, la toux est sèche, fréquente, douloureuse; la douleur existe surtout dans le larynx et la trachée; elle est brûlante, gravative; son siége est sous le sternum et entre les épaules, la toux la rend déchirante; plus rarement il existe un point de côté. La toux détermine un ébranlement fatigant avec douleur dans le ventre et surtout dans la tête.

En même temps que le mouvement fébrile tombe tout à fait, la toux devient grasse et beaucoup moins fatigante. A ce moment, une expectoration glaireuse, semblable à du blanc d'œuf, s'établit; les douleurs de tête et de poitrine disparaissent, l'appétit et les forces reviennent; le sommeil est encore interrompu par la toux. Vers la fin du premier septénaire ou dans le cours du second, la toux devient tout à fait grasse; l'expectoration épaisse, d'abord blanche, puis jaune et verte; la toux est bien plus rare, mais par quintes encore très-fréquentes avec efforts de vomissements. Si le malade n'est pas traité,

s'il reprend ses occupations, cette période peut se prolonger plusieurs semaines; enfin la toux devient facile, rare, puis disparaît tout à fait.

Forme benigne. — Elle est caractérisée par l'absence du mouvement fébrile; souvent elle reste limitée aux fosses nasales ou au larynx; sa durée est d'environ un septénaire. La toux, quand les bronches sont prises, suit les mêmes phases que celles de la forme précédente ; seulement l'évolution est beaucoup plus rapide.

Forme grave. — Décrite sous le nom de catarrhe suffocant, de bronchite capillaire et de pneumonie lobulaire, cette forme de catarrhe pulmonaire est extrêmement grave; elle est plus fréquente chez les enfants et chez les vieillards.

Le mouvement fébrile a les mêmes caractères que dans la forme commune, seulement tous ses symptômes, excepté la chaleur fébrile, sont considérablement augmentés. Le pouls est fréquent et mou, le malaise, la courbature, les douleurs dans les membres sont extrêmes. Le coryza et la laryngite sont nuls ou à peine marqués, l'inflammation est concentrée sur les petites bronches, d'où une toux très-difficile, une dyspnée croissante qui forme le symptôme caractéristique de cette forme.

Si la maladie n'est pas enrayée promptement, l'état devient de plus en plus grave, le mouvement fébrile change de nature; le pouls acquiert plus de fréquence, en même temps qu'il devient petit, faible, irrégulier; la face devient pâle, grisâtre avec des lèvres violacées; la langue se sèche; il survient du délire ou au moins des rêvasseries; la dyspnée s'accompagne du râle trachéal, les bronches se paralysent de plus en plus, l'expectoration devient impossible, la peau se refroidit et les malades périssent asphyxiés.

Cette forme est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes, parce que les bronches, extrêmement étroites dans le jeune âge, sont facilement oblitérées par le gonflement de la membrane muqueuse et par l'accumulation du muco-pus. La dyspnée est donc considérable ; l'air ne pénètre qu'incomplétement dans les alvéoles, et à chaque inspiration, l'épigastre et les fausses côtes, au lieu de bomber, rentrent dans le thorax. La région sus-claviculaire est le siége d'une dépression analogue. Niemeyer explique ce phénomène par la raréfaction de l'air dans les alvéoles pulmonaires pendant une inspiration violente et infructueuse, et par le vide qui en résulte.

Les malades empoisonnés par l'acide carbonique retenu dans les alvéoles tombent dans l'asphyxie et la somnolence. Chez les *nouveau-nés*, la marche de la maladie est plus rapide et en même temps plus insidieuse. La sidération se produit très-rapidement ; les enfants tombent dans la cyanose et la somnolence presque sans tousser. La dyspnée atteint 80 respirations par minute, devient irrégulière, et quelquefois il se produit un phénomène fort extraordinaire : c'est la suspension de la respiration ; cette apnée, qui est du plus mauvais présage, a duré dans certains cas jusqu'à deux minutes. La mort arrive très-rapidement au bout de deux ou trois jours. Cette marche insidieuse et foudroyante est propre non-seulement aux *nouveau-nés* mais encore à la *première enfance ;* seulement la marche est d'autant plus rapide, les symptômes sont d'autant plus graves, que les enfants sont moins âgés.

Auscultation et Percussion. — Dans la forme commune et dans la forme bénigne, l'auscultation fournit des renseignements à peu près négatifs. Au début, des *râles sonores* et *sibilants* et plus tard quelques *râles humides*

à *grosses bulles*. Mais dans la forme grave les renseignements fournis par l'auscultation sont beaucoup plus importants. Au début, on entend des *râles sibilants* fins et multipliés, répandus inégalement des deux côtés; dans la période d'état, on constate l'existence du râle *sous-crépitant*; c'est un râle fin, à bulles inégales, qui s'entend surtout dans l'inspiration et qui est caractéristique de l'*engouement pulmonaire*. Dans un degré plus avancé, alors qu'il s'est produit de l'hépatisation disséminée, on peut entendre des *bruits de souffle* à siéges multiples.

Chez les *nouveau-nés* et dans les premiers mois de la vie, les signes stéthoscopiques sont différents. Les efforts de la respiration étant impuissants à vaincre les obstacles qui s'opposent à l'entrée de l'air dans les alvéoles, on n'entend ni le râle sous-crépitant, ni le souffle, mais seulement le retentissement des bruits qui se passent dans la trachée et dans les grosses bronches, c'est-à-dire des râles ronflants ou muqueux.

Catarrhe pulmonaire chronique. — Nous avons dit que ce catarrhe était presque toujours une affection symptomatique de la goutte et de la dartre; il survient habituellement à un âge déjà avancé. Au début, le catarrhe existe seulement pendant l'hiver; mais plus tard il se prolonge toute l'année. Il présente accidentellement des phases d'aggravation et de rémission. Pendant les aggravations, il y a un petit mouvement fébrile, une toux plus sèche et plus fréquente.

La toux est habituellement quinteuse, avec des efforts violents, du larmoiement, du coryza, la rougeur et la congestion de la face, quelquefois des vomissements. L'expectoration est tantôt composée de crachats gluants, de couleur grisâtre; c'est le *catarrhe sec* des auteurs; d'autres fois l'expectoration est très-abondante et composée

de muco-pus : *catarrhe humide*. Ces deux caractères de l'expectoration peuvent se montrer successivement chez le même malade.

La dyspnée devient habituelle avec des redoublements pendant les aggravations du catarrhe. L'*emphysème* du poumon vient alors compliquer la maladie; la dyspnée prolongée, les efforts de la toux déterminent une compression des vaisseaux pulmonaires, qui suffit quelquefois à produire la stase veineuse, la cyanose et l'œdème. L'emphysème détermine l'oblitération d'un certain nombre de vaisseaux pulmonaires et contribue, de son côté, à augmenter cette gêne de la circulation. A cette époque, on peut observer des dilatations des bronches qui simulent des cavernes et qui sont quelquefois le siége de petites hémorrhagies et par conséquent la source d'hémoptysie; d'où une certaine difficulté dans le diagnostic. La vie se prolonge fort longtemps avec le catarrhe chronique. — Il est rare que les malades succombent, soit à l'épuisement, soit aux stases veineuses; le plus souvent ils sont emportés par le développement de la *forme grave* du catarrhe (*catarrhe suffocant*, *péripneumonie notha*). L'*auscultation* fournit les signes du catarrhe des grosses bronches, ceux de l'emphysème et quelquefois de cavernes dues à la dilatation des bronches.

Lésions.—La muqueuse des bronches présente des rougeurs par plaques et des ecchymoses; elle est épaissie et ramollie. Les bronches contiennent un muco-pus épais, blanc jaunâtre. Dans la forme grave, le tissu pulmonaire présente, en outre, de l'*engouement* et des *hépatisations disséminées*. L'engouement est caractérisé par la couleur rouge plus ou moins foncée ; le tissu pulmonaire est plus ou moins compacte, non crépitant; il n'est pas friable comme dans l'hépatisation. Cette dernière lésion présente ici les mêmes caractères anatomiques que dans la *pneu-*

monie; seulement elle est distribuée par noyaux multiples de grosseurs très-variables. C'est à tort qu'on l'appelle *hépatisation lobulaire*, parce que la lésion n'est pas limitée par la structure des lobules pulmonaires, et qu'elle peut occuper une partie d'un lobule, ou de plusieurs lobules. En un mot, elle est disséminée et non lobulaire.

Étiologie. — L'*enfance* et la *vieillesse* prédisposent au catarrhe pulmonaire. C'est la maladie des *régions* et des *saisons* froides et humides. La cause occasionnelle la plus fréquente est un *refroidissement*.

Traitement. — La prophylaxie du catarrhe pulmonaire consiste surtout dans l'habitude de vivre au grand air et de braver les intempéries des saisons; l'hydrothérapie préserve habituellement des rhumes. Cependant il ne faut pas appliquer cette prophylaxie à la première enfance, parce qu'il n'y a pas encore une réaction suffisante et assurée.

Forme commune. Début. Nux vomica et *aconitum* sont les deux principaux médicaments. Je prescris habituellement *nux vomica* (12e), la nuit et *aconitum* (12e) le jour. Une cuillerée toutes les deux ou trois heures, suivant l'intensité des symptômes. *Nux vomica* correspond au coryza fluent et *aconitum* à la toux sèche et fréquente. Si le rhume débute par le mal de gorge, au lieu du coryza; si la toux est sèche et a lieu principalement pendant la nuit; si elle s'accompagne d'une céphalalgie considérable, je débute par *belladona* (12e) toutes les deux heures. *Mercurius* est indiqué au début par un coryza moins aqueux que celui de *nux vomica* avec érythème de l'entrée des narines; par le mal de gorge; mais surtout par une toux qui survient pendant le sommeil. *Ipeca* (3e) convient quand la toux est sèche, quinteuse; avec sensation

d'étouffement, effort de vomissements et vomissements ; dyspnée, mais surtout léger sifflement perceptible pour le malade. La toux est provoquée par un chatouillement profond, sous-sternal, remontant au larynx. *Pulsatilla* (3e et 12e) appartient à une période plus avancée du catarrhe. Ce médicament est indiqué par la toux grasse, quinteuse, avec effort de vomissement ; expectoration de matières jaunes, épaisses, souvent d'un goût amer. La toux s'accompagne fréquemment de douleur de poitrine, d'otalgie, et chez les femmes d'émissions involontaires des urines; elle est provoquée par l'inspiration, par un sentiment de sécheresse et de chatouillement dans la trachée et le larynx. Elle est plus intense le soir et surtout dans la position horizontale. *Bryonia* convient de préférence contre la toux grasse, quinteuse, avec douleur dans un point du thorax; surtout si cette douleur augmente par la respiration et par la toux. *Drosera* (3e et 12e) est indiqué dans la dernière période, quand la toux est quinteuse, convulsive, avec vomissements des aliments ; la toux est provoquée par un chatouillement dans le larynx. Pour terminer, on est quelquefois obligé d'administrer encore *sulfur* (30e) ou *calcarea* (30e).

Forme bénigne. — Suivant la prédominance du coryza, du mal de gorge ou de la toux, on administrera *nux vomica, belladona* ou *aconitum. Chamomilla,* indiqué dans le coryza avec douleurs atroces dans les sinus frontaux et maxillaires; agitation considérable, état qui porte les malades au désespoir. *Euphrasia* convient davantage quand il y a inflammation catarrhale des conjonctives.

Forme grave. — *Pneumonie lobulaire.* Tout à fait au début, quand le mouvement fébrile est violent, *aconitum* (12e), toutes les heures; mais ce médicament ne doit pas être continué plus de vingt-quatre heures. *Ipeca* (12e x) et *Bryonia* (12e) alternés toutes les deux

heures constituent pour moi un traitement héroïque de cette forme grave du catarrhe pulmonaire. Ces deux médicaments correspondent au mouvement fébrile, à la dyspnée, et surtout aux râles sous-crépitants et au souffle disséminé. Quand l'état s'aggrave, malgré ces deux médicaments, on a encore un puissant secours dans *arsenicum* (12e ou même 3e). *Carbo vegetabilis* (12e) convient à une période plus avancée encore, à la période asphyxique. *Tartarus* est indiqué par la difficulté ou l'absence d'expectoration coïncidant avec des râles muqueux abondants; état de somnolence, face rouge, toux quinteuse avec vomiturition, accès de suffocation; hépatisation étendue du tissu pulmonaire. *Ipeca* à doses fortes (1re trituration au 10e) est indiqué par un état asphyxique avec face bleuâtre, dyspnée considérable. Quelquefois on aura encore recours à *phosphorus*, quand l'état général revêt une apparence typhoïde, et à *sambucus* dans les crises de suffocation.

PNEUMONIE.

La pneumonie est une maladie caractérisée anatomiquement, par l'inflammation du tissu pulmonaire. Elle se présente sous trois formes distinctes : *forme commune, forme bénigne*, et *forme purulente*.

La *forme catarrhale*, admise par beaucoup d'auteurs, nous a semblé composée artificiellement de cas de bronchite grave, compliquée d'hépatisation pulmonaire et de pneumonie essentielle, survenue chez des personnes affectées de catarrhe chronique; nous l'avons donc supprimée. Quant à la *pneumonie chronique*, caractérisée par l'organisation de l'épanchement fibrineux, nous

croyons que, lorsqu'elle n'est pas la terminaison de la pneumonie de forme commune, elle est toujours symptomatique de tubercules, de bronchite chronique, avec dilatation des bronches, ou de tumeurs du poumon.

L'inflammation du tissu pulmonaire s'observe fréquemment comme lésion accessoire dans la bronchite essentielle et symptomatique, principalement dans le cours de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la grippe et de la phthisie pulmonaire. Cette inflammation est encore symptomatique de la *goutte*, du *rhumatisme*, de la *diathèse purulente*, et de la fièvre *intermittente*.

L'expression de *pneumonie bilieuse* n'a pas de sens en dehors des erreurs du galénisme.

Anatomie pathologique. — Comme il est nécessaire, pour l'interprétation des signes physiques, de connaître l'histoire des lésions, nous commencerons par l'anatomie pathologique. Laënnec a divisé l'inflammation du tissu pulmonaire en trois degrés : *engouement*, ou premier degré; *hépatisation rouge*, ou deuxième degré; *hépatisation grise*, ou troisième degré. Nous signalons cette classification pour faciliter la lecture des auteurs, mais nous ne l'acceptons point, parce qu'elle est purement artificielle. Le premier degré, ou engouement pulmonaire, est une lésion de la bronchite grave; il correspond au râle *sous-crépitant*, et n'existe jamais dans la pneumonie essentielle, dont le premier signe sthétoscopique est le râle crépitant. Il reste donc l'*hépatisation rouge*, qui est souvent *jaune* chez le vieillard; l'*hépatisation grise*, qui s'observe presque exclusivement dans la forme purulente; et, enfin, l'*induration pulmonaire* et l'*abcès*, deux modes assez rares de terminaison de l'hépatisation.

L'hépatisation rouge est caractérisée par l'induration, la friabilité et la rougeur du tissu pulmonaire. Si on dé-

chire ce tissu, on le trouve granulé; sa dureté et sa friabilité le font comparer au tissu du foie, d'où le nom d'*hépatisation*. Les granulations, qui apparaissent à la coupe, sont formées par les vésicules pulmonaires distendues par des dépôts fibrineux. Quand ces dépôts contiennent des parties colorantes du sang, l'hépatisation est *rouge;* quand ils sont décolorés, elle est *jaune;* c'est ce qui à presque toujours lieu chez les vieillards. L'hépatisation pulmonaire est entourée d'un tissu plus ou moins œdématié, mais non engoué. La ligne de démarcation est nette; il n'y a pas décroissance graduelle entre le tissu hépatisé et le premier degré hypothétique des auteurs.

Hépatisation grise. Elle succède à l'hépatisation rouge. Au degré le moins avancé, le tissu est sablé de points grisâtres, dus à la transformation purulente des dépôts fibrineux épanchés; la teinte grise se généralise de plus en plus et, au degré le plus avancé, devient entièrement grise; en même temps, la friabilité augmente considérablement, et le tissu enflammé se déchire et s'écrase avec une extrême facilité. Si on râcle, ou si on presse le tissu pulmonaire, ainsi hépatisé, on en extrait du pus véritable, plus ou moins mélangé de sang. Dans la terminaison par *abcès*, le pus se collecte; il s'ouvre dans les bronches ou dans la plèvre par ulcération.

Si la pneumonie se réduit incomplétement et passe à l'état chronique, l'exsudat fibrineux se transforme en tissu cellulaire, qui se rétracte comme le tissu de cicatrice, d'où l'atrophie avec induration considérable du tissu pulmonaire et un état comparable à la cirrhose du foie.

Forme commune. — Ses prodromes manquent souvent; quand ils existent, ils sont ordinairement fort courts : du malaise, de la courbature, de l'inappétence; la rougeur et

la chaleur d'une joue, des vomissements bilieux, sont les plus ordinaires. Le *début* est constitué par l'apparition simultanée de trois symptômes : frissons, point de côté et toux grasse. Le frisson manque très-rarement; il est ordinairement très-prononcé; chez les petits enfants il est quelquefois remplacé par des convulsions. Une chaleur forte (39-40 degrés), halitueuse, avec rougeur de la face, pouls grand, mou, fréquent, de 104 à 106, succède au frisson et caractérise le mouvement fébrile de la pneumonie. Le point de côté siége habituellement, mais non toujours, au-dessous du sein; il augmente par la respiration et par la toux, quelquefois par la pression; il manque très-rarement; il peut être très-violent. La toux est grasse, facile, à moins que le point de côté ne soit très-douloureux; elle s'accompagne d'une expectoration d'abord claire, semblable à une dissolution de gomme, bientôt sanguinolente, composée d'un mucus visqueux, mélangé de sang en proportions diverses; le sang est intimement combiné avec le mucus et ne s'en sépare point comme dans l'hémoptysie. Sa quantité variable constitue les crachats *rouillés, abricots, briques,* etc. Ces crachats sont regardés comme un signe pathognomonique de la pneumonie. Cependant j'en ai observé de tout à fait semblables dans la congestion pulmonaire, symptomatique des affections du cœur. La dyspnée est généralement en proportion de l'étendue de l'inflammation du tissu pulmonaire, de la violence de la fièvre et de l'acuité du point de côté; elle est plus considérable chez les petits enfants que chez l'adulte. Une céphalalgie frontale intense, la soif, l'anorexie, une langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre achèvent de caractériser la pneumonie à son début.

Quand cette maladie est abandonnée à elle-même, les symptômes que nous venons de décrire s'aggravent pro-

gressivement pendant deux ou trois jours; c'est la *période d'augment*. Ils restent ensuite stationnaires pendant un temps qui varie de deux à cinq jours : *période d'état;* puis subitement, au moment où le danger paraît le plus grand, quand l'intensité du mouvement fébrile et de la dyspnée inspirent les plus vives inquiétudes, après une agitation et une anxiété suivies d'une épistaxis ou d'une sueur profuse, la fièvre cesse, le pouls tombe au-dessous de 80, le malade s'endort, puis il s'éveille en convalescence, avec la peau fraîche, le pouls descendant les jours suivants jusqu'à 50 et même 40 pulsations.

Les Allemands ont appelé l'ensemble des symptômes qui accompagnent la terminaison brusque de la pneumonie *défervescence*. En même temps que le mouvement fébrile cesse, la résolution de l'hépatisation s'annonce par l'apparition du râle crépitant *redux ;* l'expectoration devient catarrhale et abondante; les urines sont plus abondantes, la proportion d'urée qui, pendant la période d'état, avait été considérable, retombe à son niveau physiologique, en même temps que les chlorures reparaissent en grande quantité; l'appétit et le bien-être reviennent, le malade cesse de maigrir. Ajoutons cependant que, le plus souvent, la résolution de l'hépatisation ne suit pas une marche aussi rapide, et qu'on en retrouve encore des traces huit et quinze jours après la chute du mouvement fébrile.

Les auteurs contemporains ont étudié la marche du mouvement fébrile, dans la pneumonie, en mesurant la chaleur fébrile. Ce moyen, qui a une rigueur mathématique, n'est point applicable en dehors des hôpitaux, mais la fréquence ou la décroissance du pouls suit une marche exactement parallèle à l'élévation et à l'abaissement de la température, et son examen peut parfaitement remplacer le thermomètre dans la pratique.

La terminaison que nous décrivons arrive presque toujours le 7e jour ou le 9e jour, plus rarement le 11e.

Les *évacuations critiques* sont constantes. Les plus fréquentes sont celles des urines, où elles se caractérisent par un dépôt plus ou moins abondant; viennent ensuite les sueurs et les épistaxis.

La pneumonie ne suit pas toujours cette marche, et sa durée dépasse souvent le 11e jour; mais la description qui précède se rapporte à la maladie abandonnée à elle-même; les divers traitements troublent cette marche naturelle et augmentent ou diminuent la durée de la maladie.

Le plus souvent, quand la maladie doit se terminer par la guérison, nous observons, sous l'influence du traitement homœopathique, une diminution progressive des symptômes : le point de côté est en général celui qui diminue le premier; le pouls décroît chaque jour de 4, 6 et 8 pulsations, la chaleur fébrile tombe dans la même proportion, les nuits sont moins agitées; il y a de courts instants de sommeil; les crachats deviennent de moins en moins sanguinolents, et après trois, quatre et cinq jours de traitement, l'apyrexie est complète, la convalescence commence; la résolution de l'hépatisation pulmonaire suit pas à pas la décroissance des symptômes et se prolonge rarement au delà de quelques jours après la disparition du mouvement fébrile.

Quelquefois, soit que le traitement ait été nuisible, soit que la maladie ait une plus grande intensité, la pneumonie, après des alternatives de mieux et de plus mal, atteint le 14e, le 17e et même le 20e jour avant d'entrer en résolution. Dans ces cas, la pneumonie peut se terminer par la formation d'un *abcès pulmonaire*, et cependant guérir après l'ouverture de cet abcès dans les bronches; mais ordinairement la durée de la maladie

dépasse quatre semaines et peut se prolonger plusieurs mois. Les malades expectorent, de temps à autre des quantités considérables de pus.

Mais la pneumonie se termine souvent par la mort, au moins 20 fois sur 100 quand elle n'est pas traitée, et jusqu'à 30, 40, 50 et 60 pour 100 quand elle est soumise à un traitement perturbateur.

Quand la pneumonie, abandonnée à elle-même, doit se terminer par la mort, les symptômes, comme nous l'avons dit, augmentent progressivement; vers le 7e jour, le pouls s'élève au-dessus de 120, la chaleur dépasse 40 degrés; la dyspnée est considérable, la mort arrive le 8e jour, mais le plus souvent le 9e ou le 10e, rarement plus tard. Le pouls devient petit, irrégulier; la face s'altère; la peau se refroidit, surtout aux extrémités; l'expectoration se supprime, le râle s'établit; les malades tombent souvent dans un état demi-comateux, rarement dans le délire, et ils périssent asphyxiés ou un peu plus rapidement par une syncope ultime. Quelquefois, pendant la période d'état, la pneumonie se termine par un *métastase* sur le cerveau. Les malades sont pris d'un délire violent, avec agitation, quelques-uns sortent de leur lit et cherchent à s'échapper; en même temps l'auscultation permet de constater tous les signes de la résolution commençante de l'hépatisation. Cet état est fort grave, il se termine habituellement par la mort après vingt-quatre, quarante-huit heures. Il peut cependant se prolonger et se terminer encore par la guérison.

Quelquefois les malades succombent après avoir éprouvé un grand mieux, à la suite d'une rechute dont tous les symptômes marchent très-rapidement.

Quand la pneumonie s'est terminée par la formation d'un abcès, la mort peut arriver par suffocation, quand cet abcès s'ouvre dans les bronches; par l'extension de

l'inflammation à la plèvre et l'ouverture de l'abcès dans cette cavité; par une sorte de phthisie due à la longueur de la suppuration.

Les auteurs décrivent encore une terminaison par *gangrène*. Les signes de cette terminaison sont : la prostration, la petitesse du pouls, un facies plombé, des crachats diffluents, noirâtres, exhalant, ainsi que l'haleine, une fétidité *sui generis*. Les observations qui ont trait à cette terminaison se divisent en deux catégories; dans l'une, il s'agit évidemment de gangrène venant tardivement compliquer un abcès du poumon; dans l'autre la gangrène survient dès les premiers jours : il n'est pas démontré que les cas de cette dernière catégorie se produisent en dehors du *diabète*.

Dans des cas fort rares la pneumonie passe à l'*état chronique*. Les malades se rétablissent incomplétement; ils conservent de la toux, une expectoration catarrhale et une dyspnée habituelle.

Cet état persiste des mois et des années ; il est compatible avec le retour d'un certain degré d'embonpoint, et les malades paraissent atteints d'un catarrhe chronique. L'auscultation permet de reconnaître la persistance de l'induration pulmonaire. Chez un certain nombre, une résolution lente, mais complète, produit une guérison définitive; mais chez d'autres les bronches se dilatent, le tissu induré s'altère, se creuse des petites cavernes sans tubercules, et les malades finissent par succomber à peu près comme les poitrinaires, quoiqu'en général l'amaigrissement ne soit jamais poussé aussi loin.

Des recherches d'anatomie pathologique plus exactes ont démontré qu'on a souvent confondu, avec la pneumonie chronique, la *sclérose* du poumon. Cette lésion est caractérisée par l'*hyperplasie*, la *prolifération* du tissu conjonctif ou, pour parler français, par la production

d'un tissu conjonctif nouveau. Cette production a pour résultat la rigidité de l'organe envahi, la destruction d'une partie des vaisseaux capillaires, l'atrophie, la destruction des vésicules pulmonaires, et la formation de dilatation ampullaire des bronches; en sorte que le tissu pulmonaire, complétement induré et imperméable à l'air, semble creusé de cavernes nombreuses.

Quel est le mécanisme de la formation de cette lésion? de quelle maladie est-elle le symptôme? probablement c'est encore là un reliquat indirect de la pneumonie.

Signes physiques. — La *percussion* fait constater, dès le début de la maladie, une résistance anormale et une matité relative, qui augmente en proportion des progrès de l'hépatisation pulmonaire. Le premier signe fourni par l'*auscultation* est une certaine rudesse du bruit respiratoire, puis le *râle crépitant* et le *souffle*. Le *râle crépitant* se compose de bulles égales, petites et sèches, qui éclatent en bouffées à la fin de l'inspiration; c'est un bruit pathognomonique de l'inflammation du tissu pulmonaire. Jamais, à ce moment de la pneumonie, on n'entend de *râles sous-crépitants*, c'est-à-dire un râle humide, à bulles plus grosses et inégales. Cette erreur vient de la confusion faite, par certains auteurs, entre la pneumonie et la bronchite avec engouement pulmonaire.

Le *souffle* est le retentissement du bruit bronchique, transmis par le tissu induré du poumon; il a toujours un timbre métallique, plus ou moins prononcé; il apparaît d'abord dans l'expiration, puis dans les deux temps de la respiration. Le souffle bronchique s'accompagne toujours d'un retentissement de la voix, appelé *bronchophonie*.

Si la pneumonie guérit, on entend, au moment de la résolution, un râle vésiculaire, humide, à bulles inégales,

qui se mêle au souffle, devient de plus en plus abondant, humide et gros, remplace le souffle, puis disparaît graduellement. C'est le *râle crépitant de retour*. Si la pneumonie se termine par suppuration, un râle muqueux, à bulles de plus en plus nombreuses, vient se mêler au souffle. On a observé quelques cas dans lesquels tous les signes stéthoscopiques se sont bornés à l'*absence du bruit respiratoire* et du retentissement de la voix. Ce fait, presque exclusif à la pneumonie des nouveau-nés et des vieillards, est encore inexpliqué.

Forme bénigne. — Elle est caractérisée par une marche plus rapide et une terminaison heureuse le 4e jour de la maladie.

Les symptômes sont les mêmes que dans la forme précédente et ne demandent point une description particulière; aussi nous ne signalons cette forme qu'au point de vue de la valeur comparative des traitements préconisés dans le traitement de la pneumonie.

Forme purulente. — Elle est caractérisée par une gravité excessive, par une marche rapide, et par la transformation purulente de l'exsudat et du tissu enflammé.

La *forme commune* peut se terminer par la formation d'un abcès; et quand la mort survient, à la fin du second septénaire, par un commencement de suppuration du tissu hépatisé; mais la forme purulente suppure d'emblée, et l'hépatisation grise est sa lésion constante.

Cette forme débute par des frissons qui se répètent quelquefois le second et le troisième jour, un mouvement fébrile et un état de prostration plus considérable que dans la forme commune; la dyspnée est aussi plus considérable, et cependant le malade n'en a pas conscience; la face est souvent pâle, ou au moins une teinte subictérique se

mêle au facies vultueux, propre à la pneumonie. Les crachats deviennent promptement diffluents et brunâtres, semblables à du *jus de réglisse*, à du *jus de pruneaux;* la mort survient presque toujours le 6e jour, quelquefois le 7e ou le 8e, exceptionnellement le 4e ou le 5e jour. La guérison est rare; elle a lieu par la décroissance des symptômes, et présente les mêmes phases que la guérison de la forme commune.

L'*auscultation* ne présente rien de particulier les premiers jours, mais un râle muqueux, à grosses bulles, apparaît souvent dès le 4e jour.

Variétés suivant le siége. — La pneumonie occupe, le plus souvent, les lobes inférieurs et moyens; elle peut occuper le sommet exclusivement, ou le poumon tout entier, ou même les deux poumons. La pneumonie *du sommet* passe pour être plus grave que celle de la base; la *pneumonie double* est rarement double d'emblée, elle le devient vers le 3e ou le 4e jour. Elle est extrêmement grave.

Etiologie. — La pneumonie est très-fréquente et très-grave pendant la première enfance et la vieillesse; elle est encore très-fréquente de 20 à 40 ans, pour diminuer de 40 à 60. L'époque de la vie où elle s'observe le plus rarement, et pendant laquelle elle guérit presque toujours, c'est pendant la seconde enfance.

La pneumonie est moitié plus fréquente chez les hommes que chez les femmes; c'est la maladie des régions froides et tempérées, des grandes altitudes. Dans notre pays, elle est surtout fréquente au printemps. Les professions qui exigent un travail pénible sont celles qui fournissent le plus de cas.

La pneumonie se développe principalement à l'occasion d'un travail excessif, d'un exercice violent suivi d'un re-

froidissement; mais il faut que ce refroidissement ait une certaine durée; un froid vif, qui dure au plus une ou deux minutes, excite une réaction salutaire et n'a aucun inconvénient, comme on le voit si fréquemment dans les pratiques hydrothérapiques.

L'ivrognerie, la misère prédisposent à la pneumonie, et surtout la rendent beaucoup plus grave.

Traitement. — *Forme commune*. J.-P. Tessier avait coutume de prescrire *bryonia* (12) le jour, et *phosphorus* (12) la nuit; une potion avec 6 globules pour 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Ce traitement réussit presque constamment. Les premiers jours je prescris *bryonia* (12) seul, et je le maintiens pendant toute la durée de la maladie, si dès le second jour du traitement je ne puis constater une diminution progressive de la fréquence du pouls. Si, au contraire, après vingt-quatre, quarante-huit heures, j'observe que les symptômes augmentent de gravité, je prescris *phosphorus* (24) pour la nuit. Une seule fois j'ai prescrit des gouttes de la 3e dilution, et mon malade est mort. Certes, ce n'est pas là une preuve suffisante; mais l'examen des observations des pneumonies, qui existent dans les annales de l'homœopathie, me semble démontrer qne les dilutions élevées ont plus d'action dans le traitement de cette maladie que les dilutions basses. Si le traitement que je viens de décrire est insuffisant, et que la maladie s'aggrave de jour en jour, il y a deux médicaments qui ont encore une grande puissance, *arsenicum* et *sulfur*.

Arsenicum est indiqué par la prostration extrême, la pâleur de la face, une dyspnée considérable, la tendance au refroidissement, l'irrégularité du pouls.

Sulfur convient si le mouvement fébrile est très-violent, avec sueurs ou tendance aux sueurs, face vultueuse.

J'ai toujours administré la 6e ou la 12e dilution de ces médicaments.

Tartarus emeticus est un médicament fort important dans la pneumonie. Je l'ai toujours employé après *bryonia* et *phosphorus*, soit que ces deux médicaments eussent été inefficaces contre l'état général, soit que la lésion seule ait résisté à leur action. Dans le premier cas, l'indication se tire des signes suivants : face rouge, vultueuse, somnolence, toux grasse, dyspnée avec râle et sifflements, suppression de l'expectoration ou expectoration très-difficile. Dans le second cas, persistance de l'hépatisation, avec catarrhe bronchique et expectoration considérable, mais difficile.

Tartarus correspond à l'état qu'on a improprement appelé *paralysie du poumon*.

On a encore indiqué *lachesis* et *lycopodium*. Je n'ai jamais eu l'occasion d'employer ces deux médicaments.

S'il survenait une *métastase* sur le cerveau, *belladone* et *opium* deviendraient les deux principaux médicaments. (Voir le traitement de la méningite.) J'ai vu de très-bons résultats des affusions froides dans cette grave complication. Si la pneumonie a une tendance à passer à l'état chronique, *sulfur* et *iodium* sont les deux médicaments principaux. On variera les dilutions suivant les effets obtenus.

Dans la terminaison par *abcès*, on trouve l'indication d'*hepar sulfuris* (3e trituration); puis de *silicea*, dont on variera les doses de la 6e à la 30e et même à la 200e.

La terminaison par *gangrène* demande *arsenicum*, *lachesis*, et surtout *carbo vegetabilis*.

Traitement de la forme bénigne. *Bryonia* (12) suffit à remplir toutes les indications.

Traitement de la forme purulente. *Bryonia* et même

phosphorus sont souvent impuissants dans cette forme de la pneumonie. Les cliniciens n'ont pas suffisamment distingué les formes purulentes pour qu'on puisse utiliser leurs observations. Tout à fait au début *aconitum*, 3e trituration toutes les deux heures, diminue quelquefois l'intensité du mouvement fébrile. J'administre ensuite *arsenicum*, alterné avec *bryonia* ou avec *phosphorus*.

Dans ces derniers temps, on a préconisé le traitement par l'*alcool*. Le Dr Jaccoud a restreint son emploi et a fixé les indications suivantes : état véritablement adynamique, faiblesse et fréquence extrême du pouls, absence de la récurrence palmaire, battement cardiaque faible et sourd, dyspnée. L'asphyxie commençante est une contre-indication formelle. On prescrit de 50 à 60 grammes d'eau-de-vie, dont autant d'eau sucrée, une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures; on peut augmenter les jours suivants et atteindre 80, 100 et 120 grammes d'eau-de-vie; quand le malade va mieux il faut diminuer *graduellement* la dose d'eau-de-vie.

Nous ne recommandons pas ce traitement, et nous ne l'avons jamais employé; mais, dans un cas désespéré, on pourrait l'essayer préférablement à l'administration tardive du tartre stibiée et du vésicatoire qui achèvent le malade.

Régime, soins hygiéniques. Boissons chaudes, fleurs de mauve, eau de gomme, avec une petite quantité de lait, la diète absolue pendant la période d'augment. Quand le pouls baisse, bouillon de bœuf, qu'on remplace rapidement par des potages. Séjour au lit jusqu'à la chute du mouvement fébrile; il ne faut même pas lever les malades pour faire leur lit avant ce moment.

PLEURÉSIE.

La pleurésie est une maladie caractérisée par l'inflammation de la plèvre. Elle nous offre cinq formes à étudier : *forme commune, forme bénigne, forme latente, forme purulente, forme pseudo-membraneuse* ou *pleurésie sèche*. Ces différentes formes présentent des *variétés* de siége : *pleurésie double, pleurésie diaphragmatique, pleurésie inter-lobulaire, pleurésie médiastine*.

L'inflammation de la plèvre est souvent symptomatique ; on l'observe constamment, mais à un degré très-faible, dans la pneumonie et dans les inflammations pulmonaires qui accompagnent le développement des tubercules ; la diathèse purulente, et spécialement la variété puerpérale, s'accompagnent très-fréquemment d'un épanchement purulent dans l'une et quelquefois dans les deux plèvres ; le rhumatisme articulaire aigu a ses pleurésies symptomatiques et métastatiques, la phthisie s'accompagne fréquemment d'épanchement pleurétique avec ou sans granulations tuberculeuses ; la *pleurésie hémorrhagique* semble particulière aux tuberculeux ; enfin l'inflammation de la plèvre se développe même par la propagation des maladies des organes voisins : péritonite, abcès du foie, etc.

Anatomie pathologique. — Pour faciliter l'intelligence des signes physiques de la pleurésie, nous commencerons notre description par l'étude des lésions.

Au début de l'inflammation, la plèvre présente une injection ecchymotique plus ou moins riche ; l'épithélium se détruit ; le tissu cellulaire bourgeonne et produit

un épaississement plus ou moins considérable de la plèvre. Cette végétation ou *prolifération* du tissu cellulaire constitue la fausse membrane de la pleurésie, qui plus tard s'unit plus ou moins aux dépôts fibrineux et devient le point de départ de la vascularisation de ces dépôts et de leurs transformations successives.

La fausse membrane tapisse les deux plèvres et limite l'épanchement de tout côté, en sorte que le liquide est réellement enkysté. Cette disposition anatomique différentie l'épanchement pleurétique de l'*hydrothorax;* elle explique pourquoi les changements de position du sujet modifient si peu le niveau du liquide; elle rend compte de l'existence d'épanchements circonscrits qui n'occupent pas toujours la partie la plus déclive du thorax.

Le liquide est tantôt *fibrineux*, tantôt *purulent*, tantôt *séro-purulent*.

Le liquide *fibrineux* appartient spécialement à la forme commune et à la forme bénigne; il est plus ou moins limpide, souvent verdâtre, et il contient une quantité plus ou moins considérable de flocons pseudo-membraneux. Le microscope y rencontre toujours quelques globules de pus.

Le liquide *séro-purulent* est louche, plus ou moins coloré, et il contient une quantité de pus variable qui se dépose dans la partie la plus déclive du kyste pleurétique.

Le liquide *purulent* ressemble quelquefois au pus d'un abcès, d'autres fois il est plus ou moins séreux; il contient souvent des débris pseudo-membraneux. Comme tous les abcès, le kyste purulent de la plèvre a une tendance à s'ouvrir; il se propage par inflammation et par ulcération, soit du côté des bronches, soit du côté de la peau, soit, plus malheureusement, du côté du péritoine; et souvent il finit par se vider dans l'une ou l'autre de ces directions.

L'épanchement de sang avec ou sans caillots que l'on rencontre quelquefois dans la plèvre est dû à une hémorrhagie occasionnée par la rupture des vaisseaux de nouvelle formation qui se rencontrent dans les dépôts fibrineux organisés.

L'épanchement pleurétique a pour effet de comprimer le poumon contre la colonne vertébrale, de repousser le foie, la rate et le cœur et de dilater la cage thoracique du côté malade en augmentant les espaces intercostaux. Le poumon refoulé par l'épanchement est réduit à moitié, au quart de son volume ; il est grisâtre et exsangue, recouvert de brides pseudo-membraneuses ; et, quand l'épanchement a duré trop longtemps, il ne peut plus se développer, soit à cause de l'organisation des fausses membranes qui le brident, soit encore par l'effacement des cellules pulmonaires.

Quand la pleurésie guérit, l'épanchement se résorbe d'abord lentement, puis assez vite, puis très-lentement pour la dernière partie ; le liquide situé à la région la plus déclive est le dernier à disparaître ; en même temps les parois du kyste se rapprochent ; elles s'unissent d'abord par des ponts pseudo-membraneux, par des brides de plus en plus multipliées, renfermant encore pendant quelque temps des liquides fortement mélangés de débris pseudo-membraneux. Le liquide disparaît complétement ; les débris fibrineux, subissant la dégénérescence graisseuse, sont pareillement absorbés ; le pus lui-même, quand il ne s'est pas frayé une route au dehors, est résorbé après avoir passé par l'état graisseux ; les parois du kyste entrent en contact, adhèrent intimement ; et la fausse membrane se transforme en tissu cellulaire, puis à la longue finit, par disparaître complétement. Quand la pleurésie a duré un certain temps, le poumon, refoulé par

l'épanchement, ne revient pas à son volume primitif ; l'oblitération du kyste se produit alors en partie par le retrait des côtes, d'où un rétrécissement plus ou moins notable du côté malade, et, chez les jeunes sujets, un abaissement de l'épaule et une incurvation consécutive de la colonne vertébrale.

Forme commune. — Cette maladie débute habituellement d'une manière insidieuse, et pendant les premiers jours elle n'est caractérisée que par un malaise vague, de petits frissons irréguliers, avec chaleur et agitation nocturnes, une douleur de côté peu violente, siégeant tantôt dans un point du thorax, tantôt dans l'hypochondre ; il y a des cas où cette douleur de côté précède tous les autres symptômes pendant huit et quinze jours. Mais le plus souvent, après trois ou quatre jours des malaises que nous avons décrits, la maladie se caractérise par un mouvement fébrile continu, un point de côté plus vif et plus circonscrit, une petite toux sèche et une dyspnée croissante. L'examen du thorax permet alors de constater l'existence d'un épanchement commençant. Rarement, dans la forme commune, la pleurésie débute par un frisson considérable, et constamment le mouvement fébrile manque du malaise qui l'accompagne dans les autres maladies, en sorte que très-souvent les pleurétiques continuent de se lever les premiers jours ; ils essayent de manger et de continuer leurs occupations ; et le plus souvent c'est le médecin qui leur annonce qu'ils sont gravement atteints et qui les engage à garder le lit. Cependant, l'épanchement augmente chaque jour, la douleur persiste, la toux est petite et comme arrêtée par la douleur, souvent elle est peu fréquente ; la dyspnée s'accroît en raison de l'épanchement, de la douleur et de la fièvre ; elle constitue bientôt le symptôme dominant.

Le mouvement fébrile est continu ; le pouls est petit, dur, de 92 à 108, la chaleur fébrile peu élevée.

Habituellement, la maladie continue à s'aggraver pendant tout le premier septénaire et quelquefois une partie du second ; enfin l'épanchement s'arrête ; habituellement il occupe les trois quarts inférieurs de la cavité du thorax s'élevant un peu plus en arrière qu'en avant ; souvent la cavité entière de la plèvre est occupée par l'épanchement. Dans les cas les plus favorables, mais aussi les plus rares, l'épanchement s'arrête à la moitié du thorax. A cette période la dyspnée constitue le symptôme dominant; les malades ne peuvent ni se coucher sur le côté malade à cause de la douleur, ni sur le côté sain, parce qu'ils diminueraient ainsi les mouvements respiratoires du poumon qui leur reste. Couchés sur le dos, mais un peu inclinés sur le côté malade, la tête légèrement élevée, la face pâle, les ailes du nez dilatées, surtout du côté malade, ils sont pris d'accès de dyspnée au moindre mouvement, et si l'épanchement est considérable, s'il est situé à gauche et s'il gêne les mouvements du cœur, ils éprouvent de la lipothymie et peuvent mourir subitement dans une syncope.

La maladie a alors atteint sa période d'*état* et les symptômes vont varier suivant qu'elle doit se terminer par la *guérison*, par la *mort* ou passer à *l'état chronique*.

Terminaison par la guérison. Le mouvement fébrile diminue, le pouls baisse de quelques pulsations, le sommeil reparaît, l'épanchement après être resté stationnaire plus ou moins longtemps, commence à décroître lentement. Les premiers jours, quand l'épanchement a envahi toute la cavité pleurale, on ne s'aperçoit de la diminution que par le bien-être du malade, dont la dyspnée diminue graduellement. Enfin, on constate le retour du son dans la région claviculaire, puis dans la fosse sus-

épineuse. Chaque jour le niveau de la matité s'abaisse; en même temps la fièvre disparaît tout à fait; la toux devient grasse ou est nulle; le sommeil est bon, l'appétit reparaît, et la convalescence s'établit lentement, mais définitivement. Dans ce mode de terminaison la durée de la maladie est en général de six semaines.

Terminaison par la mort. Elle est fort rare dans la forme commune. Nous avons déjà dit qu'elle pouvait avoir lieu par syncope; elle se produit aussi par asphyxie; mais jamais la mort n'arrive par la violence du mouvement fébrile dans cette forme.

Passage à l'état chronique. Cette terminaison est peut-être la plus fréquente. Le mouvement fébrile cesse complétement, la dyspnée diminue, la toux peut persister ou disparaître; les malades dorment, mangent, se lèvent; mais les signes sthétoscopiques permettent de constater la persistance de l'épanchement, soit avec son volume primitif, soit notablement diminué. Arrivée à cette période, la pleurésie présente des issues bien diverses.

1° Elle guérit encore très-souvent après deux et trois mois et quelquefois plus; les symptômes qui persistent le plus longtemps sont la douleur de côté et surtout la dyspnée. La résolution s'opère très-lentement, et souvent après des alternatives de mieux et de plus mal.

2° Elle persiste indéfiniement; ce cas est fort rare. J'ai vu plusieurs malades qui portaient un vaste épanchement depuis plusieurs années. Ces malades accusaient de la dyspnée, un sentiment de gêne ou de douleur dans le côté malade, ils étaient amaigris; mais ils pouvaient sortir et travailler jusqu'à un certain point;

3° La pleurésie passée à l'état chronique peut amener la mort du malade de différentes manières. Le plus souvent, la maladie éprouve une recrudescence qui augmente l'épanchement, et surtout le transforme en pus. Alors, les

malades périssent comme dans toutes les suppurations internes, lentement, avec la fièvre hectique et les évacuations colliquatives; ces malades ressemblent considérablement à des phthisiques. D'autres fois, la marche des symptômes redevient aiguë, l'abcès s'ouvre à l'extérieur, ou dans les bronches, ou dans le péritoine, et habituellement les malades succombent plus ou moins rapidement. La propagation de l'inflammation au péritoine et au cœur peut aussi amener cette terminaison. Très-souvent la pleurésie chronique n'est que la première étape de la phthisie pulmonaire ; l'épanchement diminue quelquefois considérablement, mais la fièvre, l'amaigrissement et la dyspnée persistent, et une phthisie à marche rapide succède à la pleurésie.

Forme bénigne. — Elle débute brusquement par un frisson, un point de côté et un appareil de symptômes d'une apparence bien plus grave que dans la forme précédente. La maladie marche rapidement; dès le quatrième jour, elle a atteint sa période d'état et l'épanchement est à son apogée, mais le mouvement fébrile disparaît; l'épanchement décroît rapidement, et souvent, tout est terminé le septième jour. J'ai observé une marche encore plus rapide et des cas qui ont parcouru toutes leurs périodes en quatre jours. L'épanchement peut être considérable ; mais habituellement il est très-limité; il est probable que, dans cette forme, les fausess membranes sont peu épaisses, car on ne constate point pendant la convalescence, la matité persistante et le bruit de craquement.

Forme latente ou chronique d'emblée. — L'absence du mouvement fébrile caractérise cette forme dont le début échappe presque toujours à l'observation du médecin. Les malades se présentent à notre consultation, accusant un

état de dépérissement, avec pâleur de la face, anorexie, un peu de dyspnée, rarement de la toux, mais souvent une douleur vague siégeant dans l'épaule ou dans un hypochondre. L'examen de la poitrine fait alors découvrir un épanchement plus ou moins considérable.

Ces malades ne veulent pas croire à l'existence d'une affection sérieuse, et souvent nous avons eu de la peine à leur faire garder le lit. La marche des symptômes est fort lente, et c'est seulement après un traitement persévérant de plusieurs semaines que l'on obtient la résorption de l'épanchement. Je n'ai jamais observé de mort dans cette forme; mais la résolution peut se faire attendre indéfiniment.

Forme purulente. — Elle est caractérisée par la formation d'un épanchement purulent dès les premiers jours; elle ressemble donc beaucoup aux inflammations symptomatiques de la diathèse purulente.

Cette forme de pleurésie débute par un frisson bien caractérisé, frisson qui revient habituellement pendant les premiers jours; le mouvement fébrile est intense; il s'accompagne d'une chaleur considérable avec tendance aux sueurs; le point de côté est violent (ce qu'on n'observe pas dans la diathèse purulente); la face est rouge les premiers jours, mais elle ne tarde pas à devenir pâle.

La pleurésie purulente marche rapidement; elle se termine habituellement par la mort, vers la fin du premier septénaire ou dans le cours du second; la malignité du mouvement fébrile amène cette fâcheuse terminaison.

La forme purulente peut se terminer par la guérison, soit que l'épanchement subisse la transformation graisseuse et soit résorbé, ce qui est la terminaison la plus favorable; soit que l'art intervienne par l'opération de

l'empyème, ou que l'épanchement purulent se fasse jour par les bronches ou par la peau.

Dans le dernier cas, c'est presque toujours au voisinage de la quatrième ou de la cinquième côte que l'abcès se fait jour. Cette terminaison est annoncée par un œdème, puis par une rougeur qui indiquent la formation de l'abcès sous-cutané. Ces différentes terminaisons peuvent amener des accidents graves, que nous avons déjà exposés à propos de la forme commune.

Forme pseudo-membraneuse. — Cette pleurésie est caractérisée par l'absence d'épanchement et par une gravité excessive. Il ne faut pas confondre avec cette forme les inflammations bénignes de la plèvre, qui se développent à propos de la pneumonie et de la phthisie.

La pleurésie pseudo-membraneuse est extrêmement rare; elle s'accompagne d'un appareil fébrile intense, d'une dyspnée considérable, d'un point de côté violent; ou, dans d'autres cas, de la sensation d'une ceinture douloureuse qui produit une véritable orthopnée. Les signes sthétoscopiques sont ici fort obscurs; il n'existe point de cause de matité, et la gêne extrême de la respiration empêche de percevoir les bruits respiratoires. Cette forme se termine habituellement par la mort, dans le cours du premier septénaire. A l'autopsie, on trouve la plèvre très-injectée et cette prolifération du tissu cellulaire avec destruction de l'épithélium, qui simule la fausse membrane; la cavité pleurale contient une ou deux cuillerées de liquide et quelques débris pseudo-membraneux. Il existe une observation de cette forme de pleurésie dans la clinique d'Andral, c'est la 18e; j'en ai publié une autre dans *l'Art médical*.

Variétés. — La pleurésie peut être *double* et cette circonstance augmente beaucoup sa gravité; toujours un des

épanchements est moins considérable que l'autre. La dyspnée est portée au plus haut point, et les malades périssent suffoqués. La pleurésie peut être circonscrite au diaphragme, à la plèvre interlobaire, au médiastin.

Pleurésie diaphragmatique. Les signes sont les suivants : orthopnée, qui contraint les malades à garder la position assise, le corps penché en avant ; douleur aux attaches du diaphragme ; deux points douloureux, l'un sur le trajet du nerf phrénique, entre les deux attaches inférieures du muscle sterno-mastoïdien ; le second, situé sur l'intersection de deux lignes, dont l'une suit la direction du bord externe du sternum et dont l'autre continue la portion osseuse de la dixième côte ; ce dernier signe est dû à Gueneau de Mussy. La partie du diaphragme qui correspond à la plèvre enflammée est paralysée, en sorte que, du côté malade, le ventre semble rentrer dans la position à chaque inspiration. Les signes sthétoscopiques sont nuls. Toutes choses égales d'ailleurs, la pleurésie diaphragmatique est beaucoup plus grave que celles qui siégent en un autre point de la plèvre.

La *pleurésie interlobaire* ne peut être diagnostiquée que par exclusion. La clinique d'Andral contient une observation d'une pleurésie purulente localisée en ce point, et qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie. Les symptômes qui accompagnent la pleurésie interlobaire sont la dyspnée, un mouvement fébrile ayant les caractères de celui de la pleurésie, et les phénomènes pathologiques des suppurations internes. L'absence des signes qui accompagnent les maladies du poumon et de la plèvre est dans ce cas un élément précieux de diagnostic.

Pleurésie du médiastin. Cette variété est fort rare ; elle se reconnaît à une douleur sous-sternale ; à une matité plus ou moins considérable dans la même région ; le cœur peut être recouvert par l'épanchement et dans ce cas, il

est difficile de distinguer la pleurésie du médiastin de la péricardite.

Signes physiques. — L'*inspection*, la *palpation*, la *mensuration*, la *percussion* et l'*auscultation* fournissent des signes au diagnostic de la pleurésie.

L'*inspection* fait reconnaître l'immobilité du côté malade ; l'écartement des espaces intercostaux, dont les muscles paralysés par l'inflammation de la plèvre sont repoussés par l'épanchement. La *palpation* permet de constater l'absence des vibrations produites par la parole dans le côté qui est le siége de l'épanchement ; elle fait reconnaître aussi le déplacement du cœur, du foie et de la rate. La *mensuration* fournit la preuve de l'agrandissement du côté malade pendant la période d'épanchement, et de son retrait après la guérison. La *percussion* donne une matité *relative* les premiers jours, *absolue* un peu plus tard, quand l'épanchement est considérable ; en même temps on constate une sonorité exagérée dans les points du poumon situés au-dessus de l'épanchement. Ce signe découvert par Scoda se rencontre principalement au niveau de la clavicule.

La *matité* de la pleurésie affecte une forme déterminée qui limite exactement l'épanchement ; le plus souvent elle suit une courbe à convexité supérieure, dont la partie la plus élevée existe en arrière, l'une des branches partant de la gouttière vertébrale et l'autre du sternum. Les variations de niveau de la matité correspondent aux variations de la quantité de l'épanchement. La percussion indique encore le déplacement du cœur, de la rate et du foie. Ce dernier déplacement est souvent considérable. L'*auscultation* donne plusieurs signes, dont la valeur séméiotique n'est pas encore aussi rigoureusement fixée que celle des signes fournis par la percussion. Souvent, dès

le premier jour, on perçoit un *bruit de souffle*. Ce bruit de souffle s'entend surtout en arrière ; il est superficiel et a un ton plus élevé que le souffle de la pneumonie ; l'habitude seule permet de les distinguer l'un de l'autre. A ce bruit correspond une *bronchophonie* à timbre aigu. Le bruit de souffle de la pleurésie peut persister autant que l'épanchement ; il peut disparaître quand l'épanchement est trop considérable ou la douleur trop forte, pour reparaître ensuite ; c'est le bruit *du souffle de retour;* il annonce la résolution de l'épanchement. Dans des cas plus rares, *l'absence du bruit respiratoire* est le seul signe fourni par l'auscultation pendant toute la durée de la pleurésie. L'*égophonie* s'entend aux limites supérieures de l'épanchement : c'est un retentissement chevrotant de la voix, dont le timbre est habituellement plus aigu; quand le timbre est plus bas, c'est la *voix de Polichinelle*. Le *craquement* ou bruits de *cuir neuf* est le signe de la résolution complète de l'épanchement; il s'entend principalement à la région latérale et inférieure de la poitrine ; on le constate encore par l'application de la main, et quelquefois les malades le perçoivent.

Dans des circonstances encore mal déterminées, on a constaté dans des points circonscrits l'existence de *bruits caverneux*, râles, souffle et pectoriloquie. Le rétablissement complet et rapide des malades a permis de constater que dans ces cas il n'existait aucune excavation du tissu pulmonaire.

Longtemps après la guérison, le côté qui a été malade est le siége d'une matité relative, et la respiration y est plus obscure.

Etiologie. — Les circonstances qui prédisposent à la pleurésie sont toutes les causes d'affaiblissement, et en

particulier l'état de convalescence, les grossesses multipliées et l'allaitement prolongé.

Les causes occasionnelles font souvent défaut. On cite les violences extérieures, un refroidissement prolongé, l'ingestion d'une boisson glacée le corps étant en sueur; un refroidissement pendant le sommeil chez les personnes qui couchent dehors ou sous les tentes, ou les fenêtres ouvertes pendant l'été.

Traitement. — *Forme commune.* Au début, le médicament principal est *aconitum* ou *bryonia,* suivant que le symptôme dominant est un mouvement fébrile intense ou un point de côté très-douloureux. Mais il ne faut pas insister longtemps sur l'un ou l'autre médicament, et dès le troisième ou quatrième jour, quand l'épanchement est formé, il faut prescrire *cantharis,* 3e dilution, trois gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux ou trois heures. Ce médicament doit être continué plusieurs jours, et s'il ne produit pas d'amélioration rapide, il faut descendre à la 2e, à la 1re dilution et même à quelques gouttes de la teinture mère. Il existe des observations nombreuses de guérison par cette dernière dose, mais dans notre pratique la 3e dilution nous a presque toujours suffi.

Arsenicum, sulfur, senega, hepar sulfuris, apis mellifera sont encore indiqués dans la période d'état de la pleurésie.

Arsenicum est particulièrement indiqué quand il y a sentiment de grande faiblesse et tendance à la lipothymie ; il peut être administré intercurremment avec *cantharis.* La 12e dilution suffit habituellement. Les autres médicaments n'ont pas d'indications aussi précises ; on les emploie habituellement lorsque *cantharis* a échoué ; j'ai eu un succès très-rapide par *apis,* 3e dilution. Le

Dr Gallavardin a donné les indications suivantes pour *senega* et *hepar sulfuris*. *Senega* est indiqué contre la pleurésie subaiguë ou tout à fait chronique, surtout contre celle qui complique une affection du cœur, une phthisie ou une cachexie quelconque. La tendance à l'anasarque est le signe caractéristique de ce médicament. *Hepar sulfuris* convient principalement contre l'épanchement purulent et sero-purulent, principalement dans la pleurésie qui dure déjà depuis longtemps et qui tourne à la phthisie. Les premières atténuations, ou la subtance elle-même, sont recommandées par plusieurs auteurs.

Quand le malade est menacé *d'asphyxie* par la marche rapide de l'épanchement ou par une bronchite concomitante, *arsenicum* est encore indiqué; mais si le médicament ne suffit pas, il faut recourir à la *thoracentèse*. Voici comment elle se pratique. On prend un trocart à hydrocèle, dont la canule est munie d'une baudruche mouillée, destinée à jouer le rôle de soupape; on déplace la peau de manière à détruire le parallélisme de la plaie cutanée et de la plaie profonde, et on enfonce l'instrument dans le sixième ou septième espace intercostal, dans la région latérale du thorax. C'est là le lieu d'élection; seulement il peut être modifié par le siége de l'épanchement et le déplacement des organes.

Quand le liquide s'est écoulé, on retire la canule du trocart et on recouvre la petite plaie de *collodion élastique*.

Quand la pleurésie est arrivée à l'état chronique et que l'épanchement s'est transformé en pus, *Hepar sulfuris* et *silicea* sont les deux principaux médicaments; mais, s'ils restent insuffisants, et si les progrès de la fièvre hectique font craindre une issue funeste, on est encore autorisé à avoir recours à la *thoracentèse*; seulement, dans ce cas, on a grand avantage à se servir du trocart et de la seringue de Guérin; parce que, quand le pus est écoulé, il

est nécessaire de faire une injection iodée. Cette injection, dont les proportions pourront être augmentées dans les opérations suivantes, se composera d'abord d'un tiers de teinture d'iode sur deux tiers d'eau avec iodure de potassium, quantité suffisante pour que l'iode reste dissous : ici, comme pour les kystes de l'ovaire, nous conseillons de ne pas laisser de canule à demeure; mais plutôt de renouveler l'opération quand l'épanchement se sera reproduit.

Pleurésie purulente; son traitement est fort peu avancé. Au début, il faut insister sur *aconitum,* 3e trituration ou même *teinture-mère ;* si ce médicament ne réussit pas à enrayer la maladie, il est probable qu'elle aura rapidement une issue funeste. *Arsenicum* sera administré ensuite, puis *hepar sulfuris* lorsque les accidents aigus seront passés. L'opération de l'empyème ne devra être pratiquée que si la maladie arrive à l'état chronique. Nous n'avons aucune expérience en *clinique* sur le traitement de la forme *pseudo-membraneuse. Bryonia* et *cantharis* nous paraissent indiqués par les symptômes et la lésion.

La *forme bénigne* demande les premiers jours *aconitum* puis *bryonia.* La *forme latente* guérit le plus souvent par *cantharis;* on devrait essayer ensuite *apis, senega* et *sulfur ;* quelquefois la thoracentèse est nécessaire.

Soins hygiéniques. — Le médecin ne doit pas oublier que les malades atteints de pleurésie sont menacés de la mort par syncope ; il faut donc leur faire garder la position horizontale aussi longtemps qu'existe une tendance à la lipothymie. Les malades éviteront surtout les mouvements brusques; car il y a des malades qui sont morts en s'asseyant sur leur lit, en mettant pied à terre, en montant en voiture.

Dans la période d'état, du bouillon, du lait composeront le régime ; la quantité des aliments sera augmentée graduellement, à mesure que la fièvre tombera et que l'appétit reviendra.

Nous n'avons point consacré un chapitre spécial à la *pleuro-pneumonie,* c'est-à-dire à la maladie caractérisée par l'existence simultanée de l'hépatisation d'un ou de plusieurs lobes du poumon et d'un épanchement notable dans la plèvre du même côté; ces deux lésions s'excluent habituellement. Dans le seul cas dont je me souvienne et qui est consigné dans la *clinique* d'*Andral,* l'épanchement était limité à la région inférieure de la plèvre, tandis que l'hépatisation siégeait sur le lobe supérieur du poumon. Ce sont là des raretés pathologiques, et qu'il suffit de signaler, mais qu'on ne peut pas décrire dans un livre élémentaire.

HYDROTHORAX.

C'est l'hydropisie de la plèvre. Cette lésion, commune à plusieurs maladies, est caractérisée par l'épanchement d'une sérosité limpide, sans destruction de l'épithélium de la plèvre, sans formation de fausses membranes. Ce liquide non enkysté est toujours placé dans le point le plus déclive, et son niveau supérieur varie avec la position du malade. Habituellement l'hydrothorax est double ; la quantité du liquide se modifie avec les progrès de la maladie dont cette hydropisie est un symptôme. Les signes physiques de l'hydrothorax sont les mêmes que ceux de la pleurésie, avec cette différence que le niveau de la matité change avec la position des malades ; que le souffle

bronchique est extrêmement rare, et qu'il n'existe guère que dans la gouttière vertébrale.

L'*hydrothorax* survient dans les mêmes conditions pathologiques que l'*anasarque*. Cette lésion indique principalement *arsenicum, digitalis, senega*.

HYDRO-PNEUMO-THORAX.

Cette lésion, caractérisée par un épanchement de liquide et de gaz dans la cavité pleurale, est presque constamment liée à la perforation d'une caverne tuberculeuse. Cependant on peut rencontrer des gaz dans la plèvre : 1° dans les cas de traumatisme : plaie pénétrante, fracture de côte, opération de l'empyème ; 2° rupture des vésicules pulmonaires emphysémateuses ; 3° développement spontané de gaz dans un empyème ; 4° ouverture d'un abcès ou d'une gangrène du poumon dans la plèvre.

Nous remarquerons que lorsque de l'air s'est introduit dans la plèvre en l'absence de tout épanchement, ce qui constitue le *pneumo-thorax*, l'irritation produite par le contact de l'air ne tarde pas à faire naître un épanchement, en sorte que le *pneumothorax* se transforme en *hydropneumothorax*.

Les signes de cette lésion sont la dyspnée excessive, un point de côté violent, une sonorité très-exagérée dans la région supérieure, avec une matité absolue dans la région correspondante à l'épanchement, le tintement métallique, les râles métalliques, le souffle amphorique, le bruit de flot produit par la succussion des malades.

Le TRAITEMENT est à peu près nul. *Bryonia* contre le point de côté ; puis les médicaments de la phthisie ou de

l'empyème. La vie peut se prolonger longtemps avec cette lésion, et la guérison n'est pas impossible.

HÉMOPTYSIE.

L'hémorrhagie des poumons et celle des bronches donnent lieu à un écoulement de sang plus ou moins abondant, qui a reçu le nom d'hémoptysie. Quand l'écoulement du sang est peu abondant, le malade *crache le sang*; mais, lorsque l'hémorrhagie est abondante le sang arrive à flot par la trachée, et le malade semble *vomir le sang*.

L'hémoptysie est un symptôme commun à un grand nombre de maladies et de lésions : tubercules pulmonaires, apoplexie pulmonaire; affections de la valvule mitrale; catarrhe chronique avec dilatation des bronches, purpura hemorrhagica, fièvres éruptives ou continues. L'hémoptysie joue fréquemment le rôle d'hémorrhagie supplémentaire, au même titre que l'épistaxis dans la maladie hémorrhoïdaire et chez les femmes dont les règles sont supprimées. L'hémoptysie supplémentaire des règles peut remplacer les règles pendant un temps quelquefois fort long, soit que les règles aient été supprimées par une circonstance physiologique comme la grossesse ou l'allaitement; soit qu'il s'agisse d'une aménorrhée véritable. Dans d'autres cas, chez des femmes disposées aux hémorrhagies et le plus souvent chez des femmes hémorrhoïdaires, on observe à la fois ou alternativement et à courte échéance, des règles très-abondantes, des flux hémorrhoïdaires et des hémoptysies.

L'hémoptysie peut-elle exister en dehors des circonstances que nous venons d'énumérer et constituer une *maladie essentielle*? Nous ne le croyons pas.

Quand l'*hémoptysie est abondante*, le malade est pris de quintes de toux avec picotement dans la gorge ; quelquefois sentiment de bouillonnement et de chaleur sous-sternales et il expectore des crachats composés d'un sang rutilant et spumeux. Les crachats peuvent se succéder très-rapidement pendant quelque temps; puis l'expectoration s'éloigne ; les crachats deviennent plus sombres, moins spumeux, et un peu visqueux ; la toux perd son caractère quinteux, et l'hémorrhagie est arrêtée. Seulement le malade expectore pendant douze ou vingt-quatre heures quelques crachats composés d'un sang tout à fait noir et visqueux. Quand l'*hémoptysie est abondante,* souvent il n'y a pas de toux ; le sang vient à flot par la trachée, il sort par la bouche et par le nez, avec des efforts de vomissement, et quelquefois il s'accompagne d'un vomissement véritable de bile ou des matières alimentaires ; ce sang qui arrive si abondamment suffoque le malade, et son abondance peut être telle qu'il détermine très-rapidement une syncope mortelle. Ces grandes hémoptysies peuvent se montrer dans le purpura hemorrhagica, et dans la phthisie pulmonaire ; c'est le symptôme ultime de la rupture d'un anévrysme dans les bronches ou la trachée. Habituellement il est facile de distinguer l'*hématémèse* ou hémorrhagie de l'estomac de l'hémoptysie. L'hématémèse est plus abondante, composée d'un sang noir, de caillots, et contenant des aliments ; de plus, quelques heures après, le malade rend par les selles du sang noir et décomposé. Mais il y a des hématémèses abondantes composées de sang rouge ; et il y a des hémoptysies qui entraînent un véritable vomissement. Dans ces cas difficiles le diagnostic se tirera des symptômes concomitants et de *l'état nauséeux* qui précède l'hématémèse.

Traitement. — *Aconitum, millefolium, ledum palustre, ipeca, nux vomica, phosphorus, arnica,* sont les principaux médicaments de l'hémoptysie.

Aconitum est indiqué si le pouls est très-fréquent, la face rouge; il convient dans les hémoptysies symptomatiques des maladies du cœur; la dose est la 3e dilution.

Arnica est indiqué surtout dans les hémorrhagies traumatiques. Hémoptysies abondantes avec sang caillé; peu de toux, ardeur et bouillonnement dans la poitrine; syncope.

Millefolium m'a rendu de fréquents services dans le traitement des hémoptysies de la phthisie: petites hémoptysies répétées, toux fréquente.

Ledum palustre est indiqué dans la même maladie, quand l'hémorrhagie est plus abondante et qu'elle s'accompagne d'une toux par quintes, comparable à celle de la coqueluche.

Nux vomica est indiqué par des circonstances particulières : hémoptysies revenant périodiquement, surtout le matin; ce médicament est spécial chez les hémorrhoïdaires.

Ipeca convient aux grandes hémorrhagies; au vomissement de sang avec peu de toux, précédés d'un sentiment de bouillonnement sous-sternal; nausées, vomissements.

Arsenicum : Hémoptysies avec anxiété, agitation, grande chaleur du corps, aggravation nocturne, lipothymie. L'arsenic convient au crachement de sang symptomatique des maladies du cœur; il en est de même du *phosphorus*.

Dans un cas rebelle à tous les médicaments chez un phthisique, j'ai employé avec succès le *perchlorure de fer* à la dose de 10 gouttes dans une potion.

Soins hygiéniques. Pendant l'hémoptysie, il convient de tenir le malade assis, de donner de l'air, de lui faire boire des boissons très-froides, de pratiquer la ligature des membres. Cette ligature se fait en établissant trois ou quatre tours de bandes très-serrés à la racine des quatre membres. Elle a pour effet de retenir une quantité de sang considérable dans les membres; et si elle est exécutée trop sévèrement, elle peut entraîner la syncope. Quand l'hémoptysie est arrêtée il faut relâcher les ligatures graduellement et successivement.

APOPLEXIE PULMONAIRE.

On donne ce nom à l'hémorrhagie du tissu pulmonaire. C'est une lésion presque exclusivement propre à l'affection de la *valvule mitrale*. Anatomiquement, elle est caractérisée par des noyaux bien circonscrits, formés par l'infiltration du sang épanché dans le tissu pulmonaire. Ces noyaux présentent une coloration noire; à la coupe, ils offrent une surface grenue comme dans l'hépatisation.

Les symptômes sont : la dyspnée, une petite toux et une hémoptysie plus ou moins abondante. Habituellement le sang de cette hémoptysie est plus ou moins foncé, visqueux, et dans quelques cas il ressemble aux crachats de la pneumonie. Quand l'hémorrhagie est plus abondante, le sang devient rutilant et spumeux.

Si les noyaux hémoptoïques sont volumineux, l'auscultation permet de constater un bruit de souffle et du râle crépitant.

Pour le TRAITEMENT, je renvoie au chapitre de l'*hémoptysie*.

PHTHISIE PULMONAIRE.

La phthisie pulmonaire est une affection scrofuleuse caractérisée principalement par la formation de tubercules dans le tissu pulmonaire.

Le *tubercule* est un produit morbide du genre des tissus *hétérologues*, c'est-à-dire sans analogie avec les tissus physiologiques; il se développe dans le poumon, soit aux dépens du tissu conjonctif, soit par la transformation d'un plasma épanché. Dans le premier cas il affecte la forme arrondie et isolée : c'est la *granulation* tuberculeuse, le vrai tubercule des micrographes modernes; dans le second cas il est par masse irrégulière : c'est le *tubercule infiltré* de Laënnec; il succède souvent à l'inflammation, c'est la *pneumonie caséeuse* des modernes, que l'École allemande s'est efforcée de distinguer du tubercule. Nous n'acceptons pas cette distinction, parce que la *pneumonie caséeuse* appartient à la même maladie que la granulation tuberculeuse, parce que les éléments histologiques sont sensiblement les mêmes dans les deux lésions, parce que enfin les caractères microscopiques sont absolument identiques.

Le tubercule est un tissu à peine organisé et qui conclut rapidement au ramollissement, c'est-à-dire à la mort. Il est composé de petits éléments cellulaires de 0,006 à 0,007, pressés les uns contre les autres et réunis par une substance finement granulée et irrégulièrement fibrillaire.

La phthisie est constituée par un grand nombre de symptômes et de lésions; elle constitue un tout bien dessiné et doit être décrite comme une espèce morbide, au même titre que la méningite de la base, la coxalgie ou le

mal de Pott. Aussi nous verrons qu'elle présente des formes distinctes.

Nous avons dit que la phthisie était une affection scrofuleuse. Qu'est-ce donc alors que la *phthisie diabétique*, qui elle aussi a pour lésion le tubercule ? La phthisie diabétique ne présente rien de spécial dans sa nature, elle est le résultat de la coexistence chez le même individu de deux maladies, la scrofule et le diabète. Cette coexistence est mise hors de doute par deux ordres de faits : la constatation des signes de la scrofule chez bon nombre de diabétiques et la simultanéité fréquente de la folie, de la phthisie et du diabète dans une même famille.

Nous séparons nettement, avec l'école de Laënnec, la phthisie véritable de la consomption due à la fonte de gommes syphilitiques, ainsi que celle qui accompagne le catarrhe chronique compliqué ou non d'ulcération simple du tissu pulmonaire.

Les raisons qui nous portent à faire de la phthisie une affection scrofuleuse au lieu d'une *diathèse tuberculeuse*, sont les suivantes : 1° les scrofuleux engendrent des phthisiques et réciproquement; 2° on rencontre presque constamment chez les phthisiques des commémoratifs qui se rapportent à la scrofule; 3° dans la phthisie, il n'y a pas comme dans les diathèses unité de produit morbide. A côté du tubercule il faut placer l'*ulcération non tuberculeuse*, lésion essentiellement scrofuleuse, que l'on rencontre constamment sur les membranes muqueuses, respiratoires et intestinales chez les phthisiques. Il faudrait peut-être ajouter à l'*ulcération* la *pneumonie caséeuse*, s'il était démontré que cette lésion est différente du tubercule ; 4° le caractère de chronicité qu'on a voulu attribuer à la phthisie scrofuleuse, considérée comme distincte de la phthisie tuberculeuse, est complétement faux ; les scrofuleux les plus incontestables, les écrouelleux, sont

sujets à la phthisie aiguë et à la phthisie hémorrhagique, et les sujets qui ne présentent que des signes douteux de scrofule ou même qui n'en présentent pas du tout, peuvent être atteints de phthisie chronique.

Division. — La phthisie se présente sous quatre formes : la *forme commune*, la *forme hémorrhagique*, la *forme chronique*, la *forme maligne* (phthisie miliaire, phthisie galopante). Indépendamment de ces formes, on observe encore la phthisie pulmonaire comme accident ultime et comme affection secondaire dans la scrofule.

Forme commune. — Elle présente deux variétés, l'une à marche lente, l'autre à marche rapide.

1re *Variété*. La phthisie de forme commune, à marche lente, est celle que l'on rencontre le plus fréquemment ; elle a servi de type à la description de la maladie. Nous décrirons trois périodes : une période de début, une période d'état et une période de cachexie.

Début. Il est variable ; quelquefois la maladie succède à un rhume ou à une série de rhumes, dont le dernier se prolonge indéfiniment, d'où le nom de *rhume négligé* donné à la maladie. Le plus souvent la phthisie débute insensiblement par une petite toux sèche qui n'est ni précédée ni accompagnée de coryza. Mais un caractère plus décisif est un commencement d'amaigrissement et de diminution des forces qui précède la toux souvent de plusieurs mois ; les malades présentent fréquemment à cette période de l'*enrouement* et des *crachements de sang*. Et il ne faut jamais manquer de s'enquérir de ces deux symptômes quand on examine un malade atteint d'une toux suspecte, parce qu'ils ont, le dernier surtout, une grande valeur diagnostique. Cette période peut se prolonger plusieurs mois avec des améliorations ou des aggravation

de la toux, le reste de la santé se maintient dans un état supportable; l'appétit est quelquefois conservé; les malades se livrent à leurs occupations habituelles; seulement ils maigrissent sensiblement, et leur pouls acquiert une fréquence maladive. A cette période l'auscultation permet de constater une diminution de la sonorité de l'un des deux sommets; en même temps la respiration est un peu plus rude, l'expiration plus longue, l'inspiration quelquefois saccadée; mais il importe de savoir que le plus souvent ces signes sont fort peu tranchés et par conséquent n'ont pas toujours une grande utilité pour le diagnostic.

Période d'état. — La toux devient plus fréquente et plus grasse, bien que l'expectoration soit encore nulle ou à peu près dans le commencement de cette période. La toux quinteuse, excitée souvent par un chatouillement dans le larynx avec effort de vomissement ou même vomissements de glaires le matin, d'aliments après les repas. Quelquefois ce dernier symptôme est tellement marqué qu'il empêche les malades de se nourrir. Le sommeil est troublé par la toux; l'appétit est souvent diminué, quelquefois conservé; l'amaigrissement et la perte des forces font des progrès lents, mais continus; plus tôt ou plus tard, une *dyspnée* notable s'établit et devient habituelle; d'ordinaire des *hémoptysies* plus ou moins abondantes reparaissent à époques irrégulières; mais le plus souvent elles diminuent de fréquence avec les progrès de la maladie. L'*expectoration,* que nous avons dit être nulle ou à peu près au commencement de la maladie, s'établit peu à peu et devient extrêmement abondante. Composée au début de mucus filant plus ou moins clair, elle revêt bientôt des caractères tout particuliers. Ils deviennent plus épais et présentent des stries jaune foncé, composées de cellules atrophiées et ratatinées. Bientôt on peut constater

dans les crachats des débris de *fibres élastiques* reconnaissables à leur aspect contourné, à leurs divisions dychotomiques ; ces crachats sont pathognomoniques. A une période plus avancée, l'expectoration présente un aspect encore plus caractérisé. Si on la recueille dans un vase on la trouve composée de deux parties : l'une liquide, filante, plus ou moins écumeuse ; l'autre solide, composée de crachats opaques, non aérés, blancs ou gris, constituant de petites masses arrondies (crachats *nummulaires*) qui gagnent le fond du vase ; ils présentent comme caractère microscopique des globules de pus en voie de transformation graisseuse ; des corpuscules irréguliers et anguleux, mêlés à des détritus finement granulés et à des fibres élastiques provenant des alvéoles. La maladie se prolonge ainsi pendant des mois, s'améliorant en été, s'aggravant en hiver ; et en somme, s'avançant toujours vers son terme fatal. Après un an ou dix-huit mois, des symptômes plus graves commencent à se montrer ce sont : la fièvre, la diarrhée, et un état d'affaiblissement qui force le malade à suspendre ses travaux. Le mouvement fébrile affecte un type intermittent quotidien plus ou moins régulier. Il débute dans l'après-midi par un sentiment de froid porté souvent jusqu'au frisson ; la chaleur succède avec rougeur des pommettes ; et, dans la nuit, une sueur abondante termine l'accès fébrile. Cette fièvre, tantôt plus faible, tantôt plus forte, ne s'accompagne pas d'un malaise comparable à celui des autres fièvres ; elle permet au malade de rester levé, de travailler jusqu'à un certain point et souvent de manger. Les sueurs sont surtout abondantes pendant le sommeil ; elles occupent presque exclusivement la tête, le cou et le thorax. La diarrhée est moins constante que le mouvement fébrile, mais elle est très-fréquente ; souvent sans grande douleur.

Les évacuations colliquatives, les mouvements fébriles précipitent la marche de la maladie qui arrive ainsi à la période de *cachexie*. L'amaigrissement est extrême, squelettique; le coussinet graisseux qui sépare l'ongle de la dernière phalange disparaît entièrement, de là la courbure et la forme particulière qu'affectent les ongles des phthisiques. La diarrhée est continuelle; les sueurs profuses; l'expectoration abondante, ressemblant à une purée de pois. Le malade, extrêmement affaibli, se lève de moins en moins; l'appétit est perdu plus ou moins complétement, une odeur cadavéreuse se produit; la peau du siége s'excorie et la muqueuse buccale est envahie par le muguet. La *mort* ne tarde pas beaucoup. Quelquefois à cette période, les malades sont pleins d'espérance; ils font sans cesse de nouveaux projets; souvent ils demandent à changer de lieu; puis ils sont pris d'une sorte de délire qui revêt fréquemment les caractères d'une aliénation tranquille; une somnolence de plus en plus profonde et un coma ultime terminent doucement leur vie. D'autres fois, les derniers jours des phthisiques sont extrêmement douloureux. Une toux incessante qui écorche le larynx et l'arrière-gorge; un muguet qui rend la déglutition très-pénible; des écorchures et des escharres du siége; un œdème douloureux de l'un des membres inférieurs; une insomnie opiniâtre; et, par-dessus tout, une dyspnée et des accès de suffocation pleins d'angoisses. Enfin la mort, appelée par les assistants et le malade lui-même, vient terminer cette triste existence, soit brusquement par une syncope, soit plus lentement par asphyxie.

Signes physiques. — L'*aspect extérieur* du thorax permet très-souvent de constater une dépression sus et sous-claviculaire; ce signe a une grande valeur quand il existe d'un seul côté. La *palpation* donne au début la sensation

d'un *renforcement* des vibrations vocales dans une des régions sous-claviculaires et l'ébranlement du bord droit du sternum par les palpitations dues à l'hypertrophie du cœur droit. Ces deux signes appartiennent au début et disparaissent plus tard.

La *percussion* ne donne pas toujours de signes dès le début de la phthisie ; mais aussitôt que la transformation tuberculeuse, la pneunomie interstitielle et la pleurésie pseudomembraneuse ont envahi une certaine étendue du sommet de l'un des poumons, on constate une *matité relative*. S'il existe une caverne à parois résistantes et située très-près du thorax, la percussion donne une *résonnance métallique ;* si la caverne est encore plus superficielle et qu'elle communique avec une grosse bronche, on entend le sifflement de l'air chassé de la caverne par la percussion, c'est le bruit du *pot fêlé*.

Auscultation. — Il ne faut pas s'attendre à trouver toujours dans la phthisie des signes stéthoscopiques extrêmement tranchés.

L'état de plénitude ou de variété des cavernes, la pénétration plus ou moins facile de l'air dans la partie malade du poumon fournissent des signes très-variables. L'*obscurité de la respiration*, la *prolongation de l'expiration*, la *respiration saccadée*, sont des signes d'une grande valeur ; mais l'existence d'*un râle sous-crépitant* à bulles grosses et inégales dans le sommet de l'un des poumons est un signe très-caractéristique. Les *craquements* secs se rapportent à la pleurésie pseudo-membraneuse qui ne se développe guère qu'autour des tubercules ; ils constituent donc un signe indirect de la phthisie. Le *souffle* et la *bronchophonie* s'observent lorsqu'une partie du poumon est très-indurée, soit par une masse tuberculeuse, soit par une pneumonie in-

terstitielle. Les bruits qui ont un *timbre métallique*, la *respiration amphorique*, le *gargouillement*, la *pectoriloquie*, le *tintement métallique*, sont des signes certains de l'existence d'une caverne.

Forme commune. — *Variété à marche rapide*. Elle se distingue de la précédente par la succession plus ou moins rapide de tous les symptômes, et par un mouvement fébrile plus marqué; son évolution peut être complète en quelques mois.

Cette variété de phthisie se développe souvent à la suite d'une pneumonie, d'une pleurésie ou d'une bronchite intense; dans la convalescence de la fièvre typhoïde et surtout de la rougeole; à la suite de couches ou d'un allaitement trop prolongé.

Le mouvement fébrile n'est pas constant au début; mais une fois qu'il est établi, la maladie marche rapidement, la fièvre affecte le type rémittent avec des frissons suivis de chaleur et de sueur profuses; la perte de l'appétit et du sommeil, l'amaigrissement, la perte des forces, la diarrhée, conduisent rapidement le malade à la cachexie et à la mort. Le *pneumo thorax* est une complication plus spéciale à cette variété de phthisie.

Forme hémorrhagique. — Elle est caractérisée par la fréquence et l'abondance des hémoptysies; sa marche est rapide.

La maladie débute par une hémoptysie abondante qui peut se prolonger plusieurs jours de suite. A cette hémorrhagie succède une petite toux sèche avec dyspnée, amaigrissement et accélération du pouls. L'hémoptysie reparaît après un temps variable, mais qui dépasse rarement plusieurs semaines. Chez les femmes, c'est surtout à l'époque des règles que l'hémorrhagie se reproduit.

L'écoulement du sang n'est pas chaque fois très-abondant; mais de temps à autre il survient une hémorrhagie considérable qui laisse la malade fort affaiblie. Aux symptômes habituels de la phthisie se joignent les signes d'une anémie profonde et rapide, et le plus souvent les malades succombent rapidement par le fait même d'une hémoptysie plus forte que les autres.

Forme chronique. — Cette forme est caractérisée par l'absence du mouvement fébrile pendant la plus grande partie de sa durée; par la marche très-lente des symptômes; par des rémissions considérables; par une durée de plusieurs années.

C'est la *phthisie périodique* de plusieurs auteurs; on pourrait aussi l'appeler la *phthisie bénigne* parce qu'elle est plus susceptible de guérison que les autres formes; et que le traitement parvient souvent à suspendre la marche des symptômes pendant de longues années. On comprend combien il est important de tenir compte de cette forme pour juger de la valeur des traitements de la phthisie.

La phthisie chronique débute insensiblement par une toux sèche habituelle qui peu à peu s'accompagne de l'expectoration caractéristique. Les malades peuvent présenter au début ou dans le cours de la maladie de véritables rhumes qui donnent à cette forme de la phthisie une certaine ressemblance avec le catarrhe chronique. J'ai vu des cas où pendant plusieurs années les malades ont été sujets à des hémoptysies abondantes; mais ces cas sont les plus rares de tous.

La maladie arrivée à sa période d'état est caractérisée par un amaigrissement notable, une certaine diminution des forces, un peu de dyspnée; une toux grasse habituelle avec expectoration caractéristique; pas de fièvre; conser-

vation de l'appétit et du sommeil; ces malades continuent de vaquer à leurs occupations, ils présentent des aggravations pendant la mauvaise saison et des rémissions considérables en été. Les signes stéthoscopiques sont extrêmement nettes dans cette forme.

La vie peut se prolonger des années et le malade succomber à une affection étrangère à la phthisie; mais cependant le plus souvent la fièvre hectique se développe et les malades périssent dans la cachexie comme les autres phthisiques.

Forme maligne. — Elle est caractérisée à un moment de sa durée, par une marche extrêmement rapide; par un mouvement fébrile continu et par la production, dans les deux poumons et souvent dans la plupart des organes, de granulations miliaires. On a appelé cette forme *phthisie aiguë*, mais cette dénomination ne la distingue pas suffisamment de la variété à marche aiguë dans la forme commune; Trousseau (*Clinique médicale*, t. I,) l'appelle *phthisie galopante*, mais cette expression est peu médicale; Bayle l'avait appelée *phthisie miliaire*, à cause de sa lésion, mais, indépendamment des granulations miliaires, on rencontre souvent les tubercules crus et ramollis de la phthisie ordinaire. Nous avons donc préféré cette expression de *phthisie maligne* parce qu'elle désigne très-clairement une forme de maladie qui le plus souvent, après un début d'une apparente bénignité, se termine brusquement par les accidents les plus formidables.

La phthisie maligne sévit habituellement dans la jeunesse, et plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Elle débute presque toujours brusquement; quelquefois cependant elle est précédée de tous les symptômes d'une phthisie de *forme commune*. Dans certains cas enfin les sujets qui doivent être atteints par la

phthisie maligne sont pris d'une petite toux sèche avec des accès de fièvre tierce ou quotidienne ; accès de fièvre qui cèdent parfaitement au sulfate de quinine. On doit noter encore parmi les prodromes les plus importants, l'amaigrissement, la diminution des forces, et un certain degré de dyspnée.

La maladie débute par un mouvement fébrile intense ; une toux sèche, extrêmement fréquente, et une dyspnée notable; le mouvement fébrile est souvent rémittent, mais il n'y a pas d'apyrexie complète, et surtout le sulfate de quinine devient tout à fait impuissant, l'amaigrissement fait des progrès très-rapides ; la langue se sèche; souvent il survient de la diarrhée; les malades sont pris de prostration et plus ou moins vite de somnolence et de délire; ils ont tout l'aspect extérieur des typhoïdes avec lesquels on les confond souvent. Seulement il n'y a point de taches lenticulaires, et les symptômes thoraciques : toux et dyspnée, sont très-prédominants. Au commencement l'*auscultation* ne revèle aucun bruit anormal; plus tard on perçoit ceux qui appartiennent à l'engouement pulmonaire, les râles humides sous-crépitants. Ces bruits ne sont pas plus intenses au sommet, à moins que le début des accidents n'ait été précédé des symptômes de la phthisie commune.

La maladie marche rapidement, la dyspnée devient excessive, et les malades succombent habituellement vers la fin de la troisième semaine ; ils atteignent rarement la sixième. Dans des cas exceptionnels les malades périssent suffoqués dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie.

A l'*autopsie* on rencontre une multitude de tubercules miliaires encore transparents pour la plupart, disséminés dans toute l'étendue du poumon : un engouement

pulmonaire plus ou moins intense accompagne cette lésion.

Le plus souvent on rencontre les mêmes granulations sur les plèvres, le péritoine, sur la pie-mère, la muqueuse intestinale, dans le foie, la rate et les reins.

Anatomie pathologique. — Le développement que nous avons été obligé de donner à la description de la maladie et à son traitement nous forcent d'être court sur ce chapitre.

Le tubercule est un produit morbide sans analogue. Ce produit morbide est de tous le moins organisé, aussi il conclut presque fatalement au ramollissement, c'est-à-dire à la mort. Le tubercule se développe avec ou sans inflammation; dans le premier cas, c'est le tissu cellulaire, la trame même du poumon qui se transforme en tubercule; dans le second cas, c'est l'exsudat inflammatoire.

Le tubercule est un tissu privé de vaisseau, il débute par une granulation grise, demi-transparente, puis, à mesure qu'il grossit, son centre devient opaque, bientôt il se transforme en *tubercule cru;* alors il est jaunâtre, caséeux, analogue à du mastic de vitrier. Arrivé à ce point, les parties liquides peuvent être résorbées et le tubercule se guérir en passant à l'état *crétacé,* mais le plus souvent il se *ramollit* et produit le pus tuberculeux.

Lorsque des masses tuberculeuses se sont ainsi ramollies, le sommet du poumon se trouve creusé de cavités qui correspondent avec de grosses bronches et constituent les *cavernes tuberculeuses*. Ces cavités sont tapissées d'une membrane pyogénique et entourées d'un tissu pulmonaire qui est souvent le siége d'une inflammation chronique.

Cette inflammation se propage à la plèvre et détermine

la formation de fausses membranes qui sont la source des craquements qu'on entend si souvent au sommet de la poitrine chez les phthisiques.

Le tubercule peut être *enkysté* ou *infiltré;* dans ce dernier cas il est toujours le résultat de la transformation d'un exsudat inflammatoire. Les Allemands ont donné à cette variété du tubercule le nom de *pneumonie caséeuse;* et par cette dénomination barbare, ils ont failli compromettre l'histoire de la phthisie pulmonaire. On rencontre le *tubercule infiltré* principalement dans la phthisie de *forme commune,* à *marche rapide.* Ici la pleurésie développée par la propagation de l'inflammation, au lieu de produire des fausses membranes et des adhérences, se termine souvent par épanchement. Cette disposition explique la possibilité de l'ouverture des cavernes dans la cavité pleurale et le mécanisme de la production de l'*hydro pneumo thorax.*

Dans la *phthisie de forme ataxique* (phthisie galopante), la lésion est une production très-abondante de granulation miliaire dans toute l'étendue du poumon et sur la plupart des membranes séreuses.

Des auteurs ont prétendu que cette lésion n'était pas de même nature que le tubercule; quelques-uns trouvent jusqu'à trois *espèces* de produits morbides dans la lésion de la phthisie granuleuse (Robin). Nous ne pouvons entrer ici dans la discussion de toutes ces opinions fondées sur l'examen microscopique exclusif, et qui conclurait à détruire l'unité de la phthisie. Seulement, pour montrer aux yeux de tout lecteur impartial la vanité et les illusions de cette école, nous ferons remarquer que si elle trouve des différences radicales là où il n'y a que des variétés et des degrés dans l'évolution d'un même produit morbide, elle avance que les caractères histologiques du tubercule sont identiques à ceux des tumeurs morveuses!

On le voit, l'école du microscope nous donne pour le tubercule le même spectacle que pour le cancer; on se rappelle qu'après avoir essayé de détruire l'espèce cancer, elle arrive à confondre sa lésion avec celle des verrues et des cors aux pieds.

Étiologie. — La phthisie est manifestement *héréditaire*, comme toutes les affections scrofuleuses; il est fréquent d'observer des familles dans lesquelles tous les enfants meurent successivement de phthisie pulmonaire; dans d'autres familles, la phthisie alterne avec des affections scrofuleuses diverses; enfin, dans un bon nombre de cas, la phthisie apparaît isolément, et il faut bien tenir compte de ce fait pour rassurer les parents alarmés par la perte d'un de leurs enfants. Comme toutes les maladies héréditaires, la phthisie saute souvent une génération ou suit la ligne collatérale; et il faut aller chercher chez un grand-père ou chez un oncle la filiation étiologique; enfin, pour tenir compte de tous les cas, nous devons encore signaler ce qu'on a appelé l'*hérédité en retour*. C'est celle dans laquelle les parents ne deviennent poitrinaires que longtemps après que leurs enfants ont succombé à la même maladie. Nous avons déjà signalé dans les mêmes familles l'alternance d'affections scrofuleuses et de phthisie, nous n'y reviendrons pas.

La phthisie pulmonaire semble être *contagieuse* du mari à la femme quand il y a eu fécondation. Je possède un certain nombre de faits qui m'autorisent à soutenir cette opinion. En dehors de ces conditions la phthisie n'est pas contagieuse.

Les expériences ont démontré que le tubercule était *inoculable* chez les animaux. Laënnec, qui est mort phthisique, s'était inoculé de la matière tuberculeuse bien des années auparavant.

Les *climats* ont une influence considérable sur le développement de la phthisie. Cette maladie disparaît dans l'extrême Nord, en Islande et en Laponie par exemple; elle est extrêmement rare sur le continent africain et en particulier dans cette partie qui est située dans la zone torride. La *température* n'est pas la cause de cette immunité, puisque la phthisie est très-fréquente au Brésil et dans les îles de l'Océanie. Les très-hautes montagnes présentent une immunité comparable à celle des pays froids.

Le *régime*, la manière de vivre ont une grande influence sur le développement de la phthisie. Le séjour dans les grandes villes, les excès vénériens, l'habitation dans des appartements obscurs, humides, exposés au nord, les grandes agglomérations, comme les casernes et les lycées, un travail excessif, sont des causes puissantes de développement de la phthisie.

La *nourriture* n'a pas l'influence qu'on lui accorde généralement; et s'il est un fait incontestable, c'est que ce sont les populations qui consomment le plus de viande qui produisent le plus de phthisiques: les habitants de Londres, de Bruxelles et de Paris par exemple. Et si l'on objecte que les habitants des grandes villes deviennent phthisiques à cause des autres conditions antihygiéniques qu'ils y trouvent, je répondrai en comparant la mortalité par la phthisie dans les régiments, dans les séminaires et dans les couvents qui ont pour règle l'abstinence perpétuelle. Or les soldats et les séminaristes, les premiers surtout, fournissent un nombre considérable de phthisies, tandis que cette maladie est presque inconnue chez les religieux qui s'abstiennent de viande.

Les Espagnols, les Portugais, les Brésiliens, qui, malgré d'excellentes conditions climatologiques, fournissent un grand nombre de scrofuleux et de phthisiques, con-

somment beaucoup de viande. En résumé, il est démontré que l'abondance de la viande ne préserve pas de la phthisie, et j'incline à croire au contraire qu'elle y prédispose considérablement.

La phthisie se développe en toute *saison*, elle éclate ordinairement à propos d'une autre maladie de poitrine : la grippe, la bronchite de la rougeole, la pleurésie, sont des occasions très-fréquentes du développement de la phthisie ; l'accouchement et l'allaitement sont deux circonstances étiologiques très-puissantes.

L'*âge* a une influence marquée sur la forme de la phthisie. Les phthisies à marche rapide se développent presque toutes à l'âge de la puberté. L'époque de la vie à laquelle on rencontre le plus de phthisiques s'étend de 15 à 35 ans; mais cette maladie n'épargne ni l'enfance ni la vieillesse.

Traitement. — Si l'on en croyait les médecins d'Eaux minérales et les inventeurs de spécifiques pour le traitement de la phthisie, aucune maladie ne serait plus susceptible de guérison ; si, au contraire, on interroge les autres médecins, tous seront unanimes à signaler les difficultés extrêmes, les déceptions, et les résultats négatifs de la thérapeutique dans le traitement de la phthisie pulmonaire; il importe extrêmement ici d'éviter les illusions qui mènent au découragement et le scepticisme qui conduit à l'inaction. La thérapeutique n'est ni inutile ni toute-puissante dans le traitement de la phthisie pulmonaire : elle est efficace pour combattre un grand nombre d'accidents; fréquemment elle parvient à enrayer pour longtemps la phthisie de forme chronique; quelquefois elle suspend la marche de la forme commune ; enfin elle procure, trop rarement, il est vrai, des guérisons durables et inespérés.

Prophylaxie. — Habitation dans les pays chauds et spécialement en Afrique; habitation sur les montagnes, dans les pays de fièvre intermittente; usage habituel de lotions froides; éviter avec le plus grand soin toutes les causes de rhume, de pleurésie, de pneumonie; respecter les affections scrofuleuses externes, en particulier celles qui siégent à la peau : telle est la prophylaxie généralement conseillée. La nourriture fortement animalisée conseillée par certains médecins, ne nous a pas paru efficace; et si nous en croyons les études que nous avons commencées sur ce point d'étiologie, la nourriture animale serait plutôt une cause du développement des affections scrofuleuses et principalement de la phthisie.

Nous ne croyons point à l'existence de médicaments spécifiques pour la phthisie. *Drosera, arsenicum, sulfur, iodium,* répondent, il est vrai, à un grand nombre de symptômes dans la phthisie, mais il ne doivent pas être donnés exclusivement dans tous les cas; et nous blâmons la pratique des médecins qui soumettent tous leurs phthisiques à l'usage de l'un de ces médicaments; à moins toutefois que ce ne soit à titre d'expérimentation; car l'expérimentation est légitime dans une maladie aussi désespérée.

Nous voudrions pouvoir présenter le traitement de la phthisie dans chaque forme et dans chaque période de ces formes; mais ce traitement n'existe pas. Nous serons donc forcé de prendre une autre méthode. Nous nous efforcerons de préciser les indications de tous les médicaments qui ont été employés dans la phthisie. Ces médicaments sont extrêmement nombreux; néanmoins nous tâcherons de n'en oublier aucun.

Sulfur est un des médicaments les plus employés dans le traitement de la phthisie. La pathogénésie comme la clinique justifient cette prééminence. Un grand nombre

de médecins le prescrivent à toutes les périodes et dans toutes les formes de la phthisie. Il est surtout indiqué par une petite toux sèche, avec quelques petits crachements de sang, ou, au contraire, par une toux grasse, avec fétidité, goût salé ou douceâtre des crachats ; l'existence d'affections cutanées ou d'un enrouement persistant précise encore son emploi. C'est un médicament qui est très-souvent fort difficile à supporter et qui augmente la toux et les crachements de sang. Il convient de le donner à des dilutions très-élevées; d'éloigner beaucoup les doses et de ne pas le continuer longtemps. J'administre habituellement la 30e, la 200e et la 500e dilution, une cuillerée une ou deux fois par jour pendant quatre jours, repos quatre ou huit jours et recommencer. Si le malade supporte bien le médicament, on peut augmenter les doses. Il y a des exemples incontestables d'arrêt très-prolongé de la maladie dû à ce médicament.

Iodium vient presque sur le même rang que *sulfur;* il s'emploie de la même manière. Tessier avait coutume de l'alterner avec *sulfur*. La toux de *iodium* est quinteuse comme celle de la coqueluche; elle est précédée d'angoisses, excitée par un chatouillement dans la poitrine; elle a lieu principalement le matin. L'existence de glandes engorgées est un bon signe pour l'emploi de *iodium*.

Phosphorus est un médicament fréquemment indiqué; son indication principale est l'inflammation du larynx et de la trachée qui se traduit par la douleur déchirante, brûlante, de ces parties, en toussant et même en respirant; il répond aussi à l'inflammation du tissu pulmonaire autour des tubercules.

Silicea est un remède capital dans toutes les affections scrofuleuses; il est indiqué dans la phthisie par la toux grasse, excitée par un chatouillement dans la fossette du cou ; par une expectoration purulente abondante; il ré-

pond à un degré avancé de la phthisie. La diarrhée ne contr'indique pas son emploi.

Calcarea carbonica a procuré des guérisons ou au moins des suspensions très-prolongées dans la marche des symptômes. Son indication principale est : toux grasse avec expectoration de crachats purulents et fétides; enrouement prolongé.

Hepar sulfuris est indiqué par une toux quinteuse avec efforts de vomissements et vomissements; douleur d'excoriation dans le larynx même par la respiration; toux provoquée par la gêne de la respiration; enrouement prolongé. *Hepar sulfuris* est un bon médicament.

Stannum. Médicament précieux dans une période déjà avancée; il est indiqué par une toux très-grasse, excitée par un chatouillement dans la poitrine, accompagné d'efforts de vomissements, même des vomissements alimentaires. Toux provoquée par la parole, par le rire, par le décubitus sur un côté. Expectoration très-facile de crachats verdâtres, épais.

Drosera a beaucoup d'analogie avec *stannum*. Il s'en distingue parce que l'expectoration est beaucoup plus difficile et que la toux est excitée par un chatouillement dans le larynx. Ce médicament modifie toujours la toux des phthisiques, il fait disparaître le chatouillement et les vomissements; dans certains cas, il a évidemment suspendu la marche de la phthisie. Le Dr Curie considère *drosera* comme le médicament principal dans la phthisie; il le donne à dose massive, et prescrit jusqu'à 2 et 3 grammes d'extrait par jour. Mon expérience personnelle n'a pas, jusqu'à présent, confirmé les opinions du Dr Curie.

Arsenicum est un médicament puissant dans les cachexies avec suppuration; il devait donc trouver son indication dans la phthisie. Les allopathes prétendent

avoir obtenu de bons résultats avec l'arsenic poussé jusqu'à la dose de 5 milligrammes à 1 centigramme par jour. J'ai obtenu une modification favorable dans la marche de la phthisie avec des doses bien moindres (3e, 2e et 1re triturations centésimales), et j'ai été souvent forcé d'interrompre le médicament, quand j'ai poussé la dose jusqu'à 5, 6 et 7 milligrammes par jour. Ajoutons qu'il y a des observations dans lesquelles on a noté les bons effets de l'arsenic à la 30e dilution. Pour obtenir quelque chose de l'arsenic, il faut le continuer longtemps, au moins plusieurs semaines, et quelquefois plusieurs mois; quoique l'observation n'ait pas encore prononcé d'une manière définitive dans cette question de l'arsenic, il est très-certain que ce médicament n'est point un spécifique et qu'il ne doit pas être administré dans tous les cas; un mouvement fébrile intermittent, des aggravations nocturnes, une diarrhée concomitante, sont les principaux symptômes qui doivent déterminer le médecin à employer l'arsenic.

Lycopodium, kali carbonicum, china, sepia, phellandrium aquaticum, ont encore été préconisés par un certain nombre de médecins et pourront trouver leur emploi pour remplir quelques indications particulières. Le *sulfate de quinine* en particulier rend quelques services contre la fièvre hectique lorsqu'elle présente un type intermittent bien prononcé; il doit être administré à haute dose.

Il nous resterait maintenant à donner le traitement des accidents qui peuvent survenir dans le cours de la phthisie: mais, pour éviter des répétitions qui allongeraient inutilement cet article, nous renvoyons au traitement de la *bronchite,* de la *pneumonie,* de la *pleurésie,* de l'*hydrothorax,* de l'*hémoptysie,* de la *phlébite,* de l'*anasarque,* du *muguet.*

Les eaux minérales jouent un rôle considérable dans

le traitement de la phthisie. *Allevard, Bonnes, Ems,* le *Mont-Dore,* sont les principales. Ces eaux agissent homœopathiquement, et peuvent amener des aggravations considérables; aussi doivent-elles être prescrites avec une extrême prudence.

Les *Eaux-Bonnes* sont certainement celles qui sont prescrites le plus souvent. Ces eaux sont extrêmement dangereuses; dans bien des cas, elles impriment à la phthisie une marche rapide et déterminent des hémoptysies. Ces accidents sont encore plus fréquents avec les eaux transportées; à cause de la décomposition chimique qu'elles subissent.

Allevard a une composition analogue à celle des *Eaux-Bonnes.* Cependant ses eaux sont beaucoup moins irritantes, et déterminent rarement des aggravations dangereuses; aussi nous les prescrivons de préférence.

Quand il existera des indications d'arsenic, c'est le *Mont-Dore* qu'il faudra choisir. *Ems* ne convient qu'au début, dans la période des prodromes, avec absence de fièvre et de travail inflammatoire.

Dans une maladie aussi longue et aussi rebelle que la phthisie, les *soins hygiéniques* prennent une importance considérable.

L'étude des causes nous dictera les préceptes qui doivent présider à cette hygiène.

Pendant la mauvaise saison, c'est-à-dire depuis la fin d'octobre jusqu'au mois de mai, l'habitation dans le Midi est une condition très-favorable : *Menton, Cannes* et *Pau,* viennent en première ligne; *Hyères* est moins bon; *Nice* est souvent pernicieux; la *Haute-Egypte, Alger* et *Madère,* jouissent d'une grande réputation : Madère par l'égalité et la modération de sa température doit être placé en première ligne. L'habitation à une altitude considérable est une condition qui est encore à l'étude.

Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer devront pendant l'hiver habiter un appartement tenu constamment au même degré de température et s'abstenir complétement de sortir pendant toute la mauvaise saison. Les malades qui sont obligés de vivre de la vie commune multiplieront les précautions pour éviter les refroidissements.

D'après ce que nous avons dit à l'*Etiologie*, il est évident que nous proscrivons un régime composé de viande, de vin et surtout d'alcool. Les cures de raisin et de lait, l'apaisement des symptômes obtenu par un régime végétal et la privation du vin, nous portent à engager nos confrères à étudier sérieusement ce côté de la question ; il y a assez longtemps que les phthisiques meurent sous l'influence du régime tonique pour qu'on soit parfaitement autorisé à chercher leur salut dans un régime tout opposé. La bière remplace avantageusement le vin chez les personnes qui ne peuvent supporter l'eau pure.

Un exercice modéré, mais de tous les jours, une gymnastique sans efforts violents, la marche prolongée, les voyages sont des moyens dont il ne faut pas négliger l'emploi. Les lotions froides m'ont réussi dans un petit nombre de cas.

COQUELUCHE.

La coqueluche est une névrose de l'appareil respiratoire ; elle est caractérisée, à sa période d'état, par des accès de toux quinteuse, composés d'un nombre considérable de petites expirations, suivies d'une inspiration longue et sonore, et terminées par un effort de vomissement. Cette maladie est contagieuse ; elle n'atteint qu'une seule fois le même individu pendant sa vie ; elle est sporadique ou épidémique.

Les médecins se sont surtout préoccupés des modifications imprimées à la coqueluche par l'influence épidémique plutôt que de l'étude *des formes* de cette maladie, en sorte que nous n'avons pas les éléments nécessaires pour décrire les formes de la coqueluche.

Nous avons observé fréquemment une *forme bénigne*, caractérisée par le petit nombre des quintes, et par une guérison rapide de la maladie. Existe-t-il une *forme maligne?* Nous ne pouvons trancher cette question, et les preuves nous manquent pour la discuter. Nous nous contenterons d'avoir mentionné la forme bénigne et nous décrirons la forme commune de cette maladie.

Forme commune. — Cette forme présente habituellement trois périodes : période d'invasion, période d'état et période de déclin.

Période d'invasion ou de *bronchite*. La coqueluche débute comme le catarrhe pulmonaire aigu : toux sèche et incessante, crampes, larmoiement, enrouement ; mouvement fébrile plus ou moins fort, revenant quelquefois sous le type tierce, puis la toux devient moins fréquente, en même temps qu'elle prend de plus en plus le caractère des quintes ; le mouvement fébrile tombe, et les malades arrivent à la deuxième période.

Cette première période a une durée habituelle de quinze jours ; elle peut se prolonger plus d'un mois ou ne durer qu'une semaine ; elle peut manquer complétement. Sa durée est d'autant moins longue que les enfants sont plus jeunes.

2e *période. Période convulsive*. La quinte devient complète avec ses inspirations sonores et prolongées qui ne permettent pas de méconnaître la maladie quand on l'a observée une fois.

La quinte complète se compose de plusieurs accès sé-

parés par cette inspiration, et elle ne se termine définitivement que lorsqu'elle a déterminé, dans un effort violent, un vomissement de crachats, de bile ou d'aliments. Pendant la quinte les enfants se redressent dans leur lit, se cramponnent aux objets ou aux personnes qui les entourent; leur face rougit fortement. Dans les fortes quintes les lèvres deviennent violacées, les yeux pleurent, le sang s'échappe par le nez, et il peut se produire des ecchymoses sous-conjonctivales. Après la quinte, l'enfant reste un instant accablé, puis il se remet complétement. Presque toujours les quintes sont amenées par un sentiment de malaise, un chatouillement dans la gorge et quelquefois un râle trachéal perceptible à distance.

Les quintes durent un quart, une demi-minute, et jusqu'à deux minutes; leur nombre varie beaucoup; il y en a souvent vingt ou trente en vingt-quatre heures. J'ai observé un enfant qui avait des quintes tous les quarts d'heure; elles sont tantôt plus fréquentes la nuit, tantôt plus fréquentes le jour.

Quand la maladie commence à décroître, les quintes s'éloignent; elles décroissent en nombre, mais elles augmentent d'intensité. La toux devient plus grasse; les malades vomissent des crachats très-épais; les quintes deviennent moins fortes; elles s'éloignent encore, et les malades arrivent insensiblement à la troisième période. Cette période convulsive dure de six semaines à trois mois.

La 3e *période* est caractérisée par une toux catarrhale avec expectoration de crachats épais. Dans beaucoup de cas elle se prolonge plusieurs mois, et alors il n'est pas rare de voir reparaître de loin en loin de véritables quintes de coqueluche. Quelques enfants qui ont été fortement atteints, reprennent des quintes de coqueluche

pendant plusieurs années toutes les fois qu'ils sont enrhumés. Telle est la marche de la coqueluche lorsqu'elle est exempte de complication. Sa *terminaison* est la guérison. Cependant, on cite quelques cas où la *mort* a eu lieu subitement pendant une très-forte quinte.

La complication la plus fréquente de la coqueluche est la *bronchite grave* ou pneumonie lobulaire. Elle se développe le plus souvent pendant la seconde période, et, en dehors du traitement homœopathique, elle se termine souvent par la mort. Cette bronchite est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes et qu'ils ont eu la rougeole quelque temps avant la coqueluche.

Cette complication se reconnaît facilement au mouvement fébrile, aux modifications de la toux qui devient d'autant moins quinteuse que la bronchite est plus grave; enfin, aux signes fournis par l'auscultation.

Le *spasme de la glotte* et *l'éclampsie* sont encore deux complications de la coqueluche. C'est presque toujours dans la deuxième période qu'on les observe; elles sont extrêmement graves; Rilliet et Barthez disent qu'il est très-rare de sauver un enfant au-dessous de deux ans atteint de convulsions dans le cours de la coqueluche.

L'*épistaxis* pendant les quintes constitue rarement une complication sérieuse. Ce fait s'est néanmoins produit quelquefois.

L'*anasarque* a été observée dans certaines épidémies. Sa marche et ses symptômes ressemblent à ceux de l'anasarque scarlatineuse ; on n'a pas examiné les urines.

Etiologie. — La coqueluche est *contagieuse* et souvent *épidémique;* elle peut sévir à tout âge. Cependant, c'est une maladie presque exclusivement propre à l'enfance. J'en ai vu un cas, chez un enfant de 15 jours. Rilliet l'a observée le jour même de la naissance; mais la mère avait

la coqueluche. Très-rare jusqu'à 6 mois, cette maladie est surtout fréquente depuis 1 an jusqu'a 5. La prédisposition à la coqueluche n'est pas aussi fréquente que la prédisposition à la rougeole; aussi beaucoup d'enfants échappent à la contagion, même étant frères et sœurs. Toutes les causes de rhumes peuvent être l'occasion du développement de la coqueluche. La coqueluche est contagieuse tant que les quintes persistent.

Traitement. — 1re *période. Aconitum, belladona* et *ipeca,* sont les trois principaux médicaments de cette période. On trouvera leur indication au traitement de la bronchite.

2e *période. Cina, drosera, belladona, veratrum, sulfur* et *cuprum* sont les médicaments de cette période. *Cina* est celui qui m'a le plus souvent réussi; il est indiqué par des quintes bien complètes et par un prurit nasal très-marqué. *Drosera* convient dans les mêmes circonstances; les épistaxis pendant la quinte et les vomissements alimentaires excessifs feront préférer ce médicament. *Belladona* convient pour des quintes moins franches, quand la souffrance qui indique la quinte est extrêmement marquée; le médicament trouve surtout son emploi dans la période intermédiaire entre la première et la seconde. *Veratrum* correspond à des quintes bien développées chez des enfants pâles et cachectiques. La diarrhée précise encore l'indication de ce médicament. *Sulfur* a été vanté par un certain nombre de médecins homœopathes. *Cuprum* est un excellent médicament dans la coqueluche; il convient aux quintes excessives avec menace d'asphyxie. Il m'a toujours réussi contre les complications convulsives si graves dans la coqueluche. On a encore préconisé *conium, ambra, coralia, sepia* et *silicea.*

S'il survient une bronchite grave, *ipeca* et *bryonia* sont

indiqués. Jusqu'à présent ils m'ont toujours réussi. J'emploie la 12e dilution.

Quand la *troisième période* commence, on se trouve quelquefois très-bien de *tartarus* et de *kermès*. C'est la 3e dilution que j'emploie pour tous les médicaments de la coqueluche excepté pour le *cuprum* que je prescris habituellement à la 6e et quelquefois même à la 30e.

Je n'ai jamais expérimenté la respiration de l'air des usines à gaz; je sais qu'il y a eu des guérisons et des accidents graves.

Il est bon de sortir les enfants atteints de coqueluche dès la deuxième période, pourvu que le temps soit beau. Le changement d'air et de pays n'agit favorablement que tout à fait à la fin de la deuxième période et pendant la troisième. Avant cette époque, il est sans action sur les quintes et expose les enfants à contracter des bronchites fort graves.

ASTHME.

L'asthme est une névrose de la respiration caractérisée par des accès de dyspnée, dans laquelle l'expiration est plus longue et plus pénible que l'inspiration.

L'asthme n'est pas une névrose pure; elle s'accompagne d'une lésion, l'*emphysème pulmonaire*. Cette lésion peut être permanente ou passagère.

L'emphysème n'est pas une lésion propre à l'asthme, elle se rencontre dans toutes les maladies des voies respiratoires qui s'accompagnent pendant longtemps d'efforts violents de la respiration; le catarrhe chronique et la phthisie pulmonaire sont les deux principales maladies dans lesquelles on observe cette lésion. Il faut encore noter que, toutes les fois qu'une partie du poumon est

devenue imperméable à l'air, les vésicules du tissu voisin deviennent emphysémateuses pour remplacer les vésicules effacées. C'est ce que les Allemands ont appelé de la très-mauvaise expression d'*emphysème vicariant*.

L'asthme se présente sous trois formes : la *forme commune*, la *forme périodique*, la *forme habituelle d'emblée*.

Pour faciliter l'intelligence des symptômes physiques nous dirons quelques mots de l'*emphysème*.

Laënnec distingue l'*emphysème vésiculaire* et l'*emphysème interlobulaire*. Le premier est constitué par le développement et la dilatation des vésicules pulmonaires; le second par leur déchirure.

L'*emphysème vésiculaire* se développe surtout au sommet du poumon et dans les lobes supérieurs, il existe inégalement dans les deux poumons. Le poumon emphysémateux est augmenté de volume; il ne s'affaisse pas à l'ouverture du thorax. A la loupe, il offre des vésicules inégalement dilatées, quelques-unes atteignant le volume d'un grain de chènevis, d'un pois et même d'un haricot. Le tissu pulmonaire est sec, peu vasculaire et d'une coloration grisâtre avec des taches pigmentaires.

Emphysème interlobaire. L'air extravasé se montre sous la plèvre, comme des bulles inégales, et mobiles par la pression du doigt. L'air peut cheminer vers la racine du poumon, envahir le médiastin et même le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous empruntons la description suivante au mémoire publié en 1854 par notre ami Gabalda.

« Forme périodique. — L'asthme périodique est constitué par des attaques de dyspnée qui se manifestent à des époques plus ou moins éloignées. Ces attaques, pour si fortes qu'elles soient, ne laissent aucune trace après elles,

et, pendant leurs intervalles, il n'existe aucun symptôme, aucun indice de la maladie. Il en est ainsi pendant toute la durée de l'asthme périodique. C'est là le caractère distinctif de cette première forme.....

Son début, ordinairement brusque et effrayant, n'est pas annoncé par les prodromes dont nous aurons à constater l'existence à peu près constante dans la forme commune. Cependant on observe aussi quelquefois des phénomènes précurseurs dans la forme qui nous occupe.

Dans la journée qui précède l'attaque, les malades éprouvent une légère céphalalgie, un peu d'agitation, une dyspnée peu sensible et quelques flatuosités après le dîner.

Que ces prodromes aient existé ou non, c'est ordinairement pendant la nuit que l'attaque survient. Les malades sont tout à coup réveillés par un sentiment de suffocation, et ils se trouvent immédiatement en proie à une dyspnée violente. Ils se mettent aussitôt sur leur séant, et ils se débarrassent des couvertures et des vêtements, qui deviennent pour eux un poids insupportable. On les voit chercher un point d'appui sur les coudes, sur les mains, et se cramponner aux objets environnants, pour augmenter la puissance des mouvements respirateurs. Malgré tous leurs efforts, la suffocation semble devenir de plus en plus imminente. Ils quittent leur lit, ouvrent leur fenêtre et recherchent avec avidité l'impression de l'air froid. La dyspnée va toujours en augmentant. L'inspiration est courte; elle s'exécute par une contraction brusque de tous les muscles inspirateurs. A cette inspiration succède une expiration lente, difficile, beaucoup plus longue que l'inspiration, et par laquelle cependant les poumons ne semblent se vider que très-incomplétement. Un sifflement trachéal se fait entendre pendant les deux temps de la respiration, beaucoup plus marqué et

plus aigu pendant le second. La parole est brève, difficile, quelquefois impossible et entrecoupée à chaque instant par un nouveau besoin de respirer. Le cou des malades est tendu et semble tuméfié. Leur tête est haute, leur face est ordinairement pâle, excepté les pommettes, qui, chez quelques-uns, présentent une coloration d'un rouge foncé, et les lèvres, qui sont livides. Les narines sont dilatées, les yeux saillants et largement ouverts. Des gouttes de sueur couvrent le front, les tempes et le cou. Les malades accusent une douleur vive au bas du sternum, et une constriction circulaire à la base de la poitrine.

Chez quelques-uns, une toux pénible et presque continuelle se joint aux phénomènes précédents. Cette toux n'est pas suivie d'expectoration ; elle n'a d'autre résultat que d'accroître l'intensité de tous les symptômes que je viens d'énumérer. Le plus souvent, dans les attaques d'asthme périodique, il n'y a pas ou presque pas de toux.

Le pouls est petit, faible, inégal et quelquefois intermittent. Les pieds, les mains, le nez et les oreilles sont refroidis. Les phénomènes conservent la même intensité jusqu'au matin, et, lorsque le jour paraît, ils diminuent d'une manière sensible chez quelques malades, on les voit même aller rapidement jusqu'à une disparition complète. En même temps que la dyspnée diminue, la toux, quand elle existait, devient moins fréquente et moins pénible, et elle est suivie quelquefois alors d'une expectoration peu abondante de crachats filants, peu volumineux et sans consistance. Quelques malades rendent aussi en ce moment une assez grande quantité d'urine claire et limpide.

Lorsque les symptômes ont disparu complétement, les malades conservent, pendant la journée qui suit, un sentiment de fatigue et d'abattement, et une certaine sus-

ceptibilité. Puis ils reprennent le cours de leurs occupations et de leur vie habituelle, sans conserver autre chose de leur maladie que le souvenir des souffrances qu'ils ont éprouvées.

Mais l'attaque d'asthme périodique est loin d'être toujours aussi courte que je viens de le dire. Lorsqu'elle se prolonge, les symptômes, au lieu de disparaître complétement le matin, ne font que présenter une rémission plus ou moins marquée pendant le jour, et, dans la nuit suivante, ils reprennent toute leur intensité. Les choses peuvent se maintenir dans cet état pendant un certain temps, et l'attaque d'asthme périodique, avec ses paroxysmes nocturnes et ses rémissions diurnes, peut avoir une durée de plnsieurs jours, de plusieurs semaines et même de plusieurs mois. Quand elle se prolonge ainsi, on observe de nouveaux symptômes, tels que l'amaigrissement, des flatuosités intestinales qui tourmentent les malades, surtout après leurs repas; la perte de l'appétit, les digestions difficiles, et quelquefois même un petit mouvement fébrile le soir....

Tous ces phénomènes, par leur intensité et leur durée considérable, plongent les malades dans une grande inquiétude. Enfin, au moment où leur état semble le plus désespéré, la gêne de la respiration disparaît tout à coup, et le malade se trouve immédiatement rendu à la santé.

J'ai dit que l'attaque d'asthme débutait pendant la nuit. C'est, en effet, le cas le plus ordinaire; mais il n'en est pas toujours ainsi. Elle survient quelquefois pendant le jour, d'une manière brusque et subite. Cette particularité s'observe surtout chez les malades qui n'ont d'attaques que lorsqu'ils changent d'habitation, lorsqu'ils arrivent dans certains lieux, ou lorsqu'ils se trouvent soumis à l'impression de certaines odeurs.

Le nombre et la fréquence des attaques sont extrême-

ment variables. Plusieurs années peuvent s'écouler sans qu'il se manifeste le plus petit symptôme de l'asthme; d'autres fois, au contraire, après quelques semaines, celui-ci reparaît. Du reste, le retour des attaques pouvant être déterminé par des causes occasionnelles, on conçoit qu'il est difficile qu'elles présentent rien de fixe sous ce rapport.

Assez souvent, les attaques de l'asthme périodique s'usent à la longue, comme on dit vulgairement; elles diminuent progressivement, s'éloignent et finissent par ne plus se reproduire. En un mot, l'asthme périodique peut se guérir spontanément avec l'âge. Une maladie intercurrente, une pneumonie par exemple, semble aider quelquefois cette terminaison heureuse. D'autres fois, l'asthme persiste jusqu'à la mort du sujet, sans toutefois la hâter. Dans quelques cas, les attaques deviennent de plus en plus rapprochées. Enfin, on observe des malades chez lesquels les attaques d'asthme alternent avec d'autres affections, telles que les hémorrhoïdes et des dartres.

Forme commune. — La forme commune de l'asthme présente, comme la précédente, des attaques périodiques; mais, de plus, on observe dans cette forme une dyspnée habituelle. En outre, les attaques de la forme commune sont toujours accompagnées de bronchites, ce qui lui a fait donner le nom d'*asthme catarrhal*. Elle débute de deux manières différentes, ce qui nous permet de distinguer deux variétés dans cette forme.

La *première variété* se manifeste souvent, dès l'enfance, par une dyspnée, que les enfants ne ressentent d'abord que lorsqu'ils se livrent à quelque exercice violent. Ces enfants sont *courts d'haleine*, et ils ne peuvent pas se livrer à tous les jeux de leurs camarades. Ils présentent, en outre, une susceptibilité très-grande de la muqueuse

bronchique. Ils s'enrhument facilement, et, pendant la durée de leurs rhumes, la dyspnée augmente. Celle-ci est plus marquée la nuit que le jour, et elle s'accompagne d'un sifflement trachéal. Par suite, la dyspnée habituelle augmente, et les attaques accompagnées de bronchite deviennent plus fortes et plus rapprochées.

La *seconde variété* de la forme commune débute franchement par une première attaque qui n'a point été précédée de dyspnée habituelle. Le plus souvent, c'est à la suite d'un refroidissement, d'une marche forcée, que cette première attaque se manifeste. Elle dure ordinairement plusieurs semaines et même plusieurs mois. C'est sous la forme d'un rhume ou d'une bronchite que cette première attaque se présente. Le malade et le médecin lui-même croient d'abord n'avoir affaire qu'à un simple catarrhe; mais la dyspnée plus forte qui augmente tout à coup, surtout la nuit, la marche de l'affection qui présente des rémissions et des exacerbations alternatives, la durée des accidents, ne tardent pas à indiquer la véritable nature de la maladie. Quelques mois après cette première attaque, et, plus particulièrement, au commencement de l'hiver, il en survient une seconde qui se termine comme la précédente, sans laisser de traces; mais bientôt les attaques se rapprochent et ne présentent plus la même régularité dans leurs retours. De plus, il existe une dyspnée habituelle qui tourmente les malades, même dans l'intervalle des attaques, et un enrouement habituel qui communique à la voix quelque chose de rauque et de voilé.

Les phénomènes précurseurs des attaques d'asthme sont : un sentiment d'oppression et de plénitude au creux de l'estomac; des rapports fréquents; de la chaleur générale, de la céphalalgie avec tendance à l'assoupissement.

« Vers le milieu de la nuit, le malade est tout à coup

réveillé en sursaut par un sentiment de suffocation imminente. Il se met aussitôt sur son séant, et, pendant tout le reste de la nuit, il est en proie à une dyspnée intense, accompagnée de quintes de toux longues et pénibles, et non suivie d'expectoration. Au matin, la dyspnée s'apaise, la toux est moins pénible, elle est suivie alors d'une expectoration abondante. Ce n'est pourtant pas à ce dernier phénomène qu'il faut attribuer la diminution de la dyspnée, car, suivant la remarque de Floyer : « L'oppression cesse avant que le malade ait beaucoup craché, ce qui n'arriverait pas si elle était produite par l'abondance des phlegmes. »

D'après le même auteur, le malade rend, à la fin de l'accès, une urine fort colorée, qui dépose un sédiment et qui est tout à fait semblable à celle que l'on rend dans la fièvre.

Cette rémission, qui survient le matin, est loin d'être compléte, comme cela a lieu ordinairement dans la forme périodique. Pendant toute la journée, le malade est tourmenté par la dyspnée et par la toux. Ces symptômes sont moins marqués, il est vrai, que pendant la nuit; mais la moindre cause occasionnelle, telle que l'impression de l'air, celle de la fumée, l'action de monter ou de courir, une impression morale, vient les réveiller et leur donner une intensité nouvelle. Les nuits suivantes, l'exacerbation des symptômes ne manque pas de se reproduire.

Outre les symptômes que je viens d'énumérer, les malades ressentent un chatouillement ou un grattement dans le larynx et une chaleur brûlante dans le sternum, qui excitent continuellement la toux. Leur voix est rauque et voilée. La parole est difficile et entrecoupée par le besoin de respirer. Un sifflement trachéal, qui s'entend à distance, accompagne la respiration et l'émission de la voix.

Les malades accusent des points douloureux dans diverses parties de la poitrine, tantôt au bas du sternum, tantôt dans les régions latérales, tantôt au niveau des omoplates. Dans les premières attaques, ces points douloureux sont assez vagues, peu marqués, et présentent une certaine mobilité ; plus tard, au contraire, ils sont plus intenses et deviennent fixes. Je montrerai tout à l'heure que, lorsqu'ils revêtent ces derniers caractères, ils sont ordinairement le signe de pleurésies symptomatiques de l'asthme. Outre les points pleurétiques, les malades ressentent une constriction douloureuse à la base de la poitrine.

Mais là ne se bornent pas les symptômes de l'asthme. La digestion présente aussi des troubles que je dois signaler. Presque toujours, au commencement de l'attaque, le malade vomit, et, tant que la dyspnée persiste, il est tourmenté par des flatuosités considérables. La bouche est mauvaise, l'appétit est diminué, la digestion difficile. Après qu'il a mangé, le malade s'assoupit, surtout le soir. Rarement il y a de la fièvre. Le pouls est ordinairement petit, un peu dur et parfois intermittent. Les mains et les pieds sont habituellement froids, et le malade a beaucoup de peine à les réchauffer. Il n'est pas très-rare d'observer de l'œdème des extrémités inférieures. Cet œdème se dissipe après l'attaque.

Lorsque l'asthme est devenu habituel, il se complique quelquefois d'une anasarque très-étendue.

La face est pâle et un peu bouffie ; les lèvres sont bleuâtres ou violacées ; les yeux largement ouverts et saillants, surtout quand la dyspnée augmente.

Tous ces phénomènes persistent avec les mêmes alternatives de rémissions incomplètes et d'exacerbations pendant un temps quelquefois très-considérable, car il est des attaques d'asthme qui durent pendant toute une

saison. A mesure que le malade avance en âge, les attaques se rapprochent, ainsi que je l'ai dit, et la dyspnée habituelle devient de plus en plus forte.

Lorsque la forme commune de l'asthme dure depuis un certain temps, et qu'elle s'accompagne de bronchites plus ou moins intenses et souvent répétées, ainsi que de dyspnée habituelle, il n'est pas très-rare d'observer chez les malades qui en sont atteints des hémoptysies. Ce symptôme, qui n'a été signalé par aucun auteur dans la maladie qui nous occupe, est très-important à connaître, car il expose le médecin à des erreurs très-graves.

Les hémoptysies de l'asthme se présentent avec des caractères qui ne sont pas toujours les mêmes. Tantôt la matière de l'expectoration est mêlée d'une plus ou moins grande quantité de sang pendant tout le temps que dure l'exacerbation des autres symptômes de la maladie; tantôt une grande quantité de sang pur est expectorée en quelques instants, comme il arrive dans la phthisie.

. . . . . .

Telle est la forme commune de l'asthme, envisagée dans son ensemble. Cette forme présente à étudier plusieurs variétés que nous ne pourrions faire connaître qu'à la condition d'écrire un traité complet sur la matière. Nous avons voulu seulement indiquer les caractères communs et les traits principaux qui constituent réellement une forme et qu'on retrouve, sinon en totalité, du moins en grande partie, dans toutes les variétés qui en dépendent.

Forme habituelle d'emblée. — La troisième forme de l'asthme qui nous reste à décrire est connue des praticiens sous le nom d'*asthme humide* ou d'asthme des vieillards. On ne l'observe, en effet, qu'à un âge assez avancé, et lorsqu'une fois elle s'est manifestée, elle per-

siste sans interruption et finit par occasionner la mort des malades.

Elle débute ordinairement par un catarrhe aigu qui a une certaine intensité. Au bout de quelques jours, les symptômes fébriles qui accompagnaient ce catarrhe disparaissent, mais la toux et l'expectoration persistent et sont accompagnées d'une dyspnée habituelle qui a des caractères particuliers. Cette dyspnée, assez forte dès le début, est remarquable par la régularité de ses paroxysmes. Ceux-ci reviennent toutes les nuits, plus graves et plus longs dans les temps froids et humides, plus supportables dans la belle saison. Outre ces caractères particuliers, la dyspnée de l'asthme habituel présente ceux que nous avons notés dans les autres formes: inspiration courte et convulsive, expiration prolongée et difficile, sifflement trachéal, etc. Les malades affectés de cette forme d'asthme crachent abondamment. La matière de l'expectoration est constituée par des crachats muqueux, jaunes-verdâtres, volumineux, homogènes, et par une sérosité filante, spumeuse à la surface. On trouve dans les crachats de ces malades une sorte de mousse à la surface, au-dessous de celle-ci une couche de liquide filant et albumineux, et enfin, au fond du crachoir, des crachats muqueux, denses et adhérents. Ces derniers ont quelquefois une disposition analogue à celle du gros vermicelle cuit et semblent avoir été moulés sur les ramifications bronchiques. C'est le matin que l'expectoration est la plus abondante, et c'est alors surtout que le malade rejette de gros crachats muqueux. Pendant la nuit, au contraire, cette expectoration se supprime. Les malades ont alors des quintes de toux très-longues et très-pénibles, et qui ne sont suivies que de l'expectoration d'un peu de liquide filant. Tous ces symptômes augmentent rapidement d'intensité ; aussi, lorsque l'asthme

habituel existe depuis quelque temps, les malades sont condamnés à un repos presque absolu. Le moindre exercice un peu fatigant, surtout l'action de gravir un lieu élevé, détermine une exacerbation, de la dyspnée et des quintes interminables.

Le pouls est habituellement petit et faible; les extrémités sont froides; la face est pâle et présente une expression d'anxiété plus ou moins marquée, suivant que la dyspnée est elle-même plus ou moins intense. — Parfois on observe un mouvement fébrile modéré, qui revient par accès tous les soirs, et qui peut donner beaucoup d'embarras pour le diagnostic. Le mouvement fébrile peut même acquérir plus de gravité et exister d'une manière continue. C'est ce qui arrive dans les complications de l'asthme habituel dont il me reste à parler.

Ces complications sont constituées par une inflammation de la muqueuse des bronches, accompagnée de congestion du parenchyme pulmonaire, qui aggrave singulièrement l'état des malades et qui peut occasionner la mort. L'inflammation ne se borne pas toujours à la muqueuse des bronches; elle envahit aussi quelquefois le parenchyme du poumon, et alors la complication n'en est que plus grave. Outre la pneumonie aiguë, qui est celle que l'on voit le plus fréquemment dans ces cas, il survient assez souvent aussi une inflammation chronique des poumons, dont je ferai connaître les caractères particuliers à propos de l'anatomie pathologique.

Cette forme de l'asthme est incurable, et lorsqu'elle dure longtemps, sans que quelqu'une des complications dont je viens de parler amène la mort, les malades tombent dans un état cachectique particulier. Ils arrivent rapidement à un amaigrissement assez prononcé, mais qui s'arrête à un certain degré et qui ne va jamais

jusqu'au marasme, suivant la remarque de Laënnec.

De nouveaux symptômes se joignent à ceux que nous avons notés précédemment. Ils sont constitués principalement par des désordres de l'appareil circulatoire : ce sont des palpitations, des irrégularités dans les battements du cœur et dans le pouls, l'œdème des extrémités inférieures, l'ascite et l'anasarque. Ces symptômes sont quelquefois placés sous la dépendance immédiate des lésions des orifices ou des valvules du cœur (lésions qui sont alors des complications de l'asthme), mais ils peuvent fort bien exister sans cette cause et n'avoir d'autre raison de leur existence que l'asthme lui-même et les lésions du poumon qui l'accompagnent. Quoi qu'il en soit, ces nouveaux phénomènes viennent encore augmenter la gêne de la respiration et aggraver l'état des malades. A cette période, s'il survient une des complications que nous avons notées, elle occasionne ordinairement la mort. On trouve alors, à l'autopsie, une bronchite et un œdème considérable des poumons, ou bien une pneumonie et quelquefois toutes ces lésions réunies. En outre, les organes respiratoires sont emphysémateux, soit en totalité, soit en partie.

Tels sont les symptômes qui caractérisent la forme de l'asthme que nous nommons habituelle d'emblée. Cette forme de la maladie qui nous occupe est bien plutôt un fait admis, pour ainsi dire, par le sentiment des praticiens qu'une variété morbide décrite par les auteurs. Beaucoup d'entre eux, en effet, ont parlé de l'asthme humide des vieillards, mais aucun n'en a tracé une description régulière.

L'existence de cette forme morbide n'avait pas échappé à l'attention de Laënnec, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer. C'est celle qu'il a décrite sous le nom de *catarrhe pituiteux.* »

Signes physiques. La percussion donne une augmentation de la sonorité, particulièrement dans les régions antérieures. Cette sonorité exagérée est souvent inégale des deux côtés. A l'auscultation, on trouve les bruits respiratoires diminués; mais, plus fréquemment, on entend une *expiration prolongée, saccadée et sifflante*. Cette prolongation de l'expiration rend ce temps de la respiration plus long que l'inspiration, tandis que, dans l'état physiologique, c'est le contraire qui a lieu. Ce désordre de la respiration est quelquefois perceptible par l'inspection du flanc, qui a un double battement correspondant à l'expiration. Ce signe ne manque jamais chez le cheval, et suffit à caractériser l'emphysème. L'emphysème et la respiration qui lui est propre peuvent se développer instantanément, durer le temps d'une attaque et disparaître tout à fait à la fin de cette attaque; j'ai maintes fois constaté ce phénomène.

Dans l'asthme habituel il faut ajouter aux signes physiques précédents, la *voussure* du thorax, qui rend la poitrine globuleuse.

Etiologie. — L'asthme est une maladie *héréditaire*. Elle peut se développer dans la première enfance, mais elle devient d'autant plus fréquente que les individus prédisposés sont plus âgés; c'est surtout dans la *vieillesse* que cette maladie prend un grand développement. Nous rappelons que l'asthme est souvent lié, comme affection symptomatique à la goutte, aux hémorrhoïdes et à la dartre.

Les *causes occasionnelles* de l'*accès* sont nombreuses; elles varient avec chaque malade. Il y a des *lieux* particuliers où les accès sont incessants, tandis que, dans d'autres, le malade est parfaitement tranquille. Un pays élevé pour les uns, le bord de la mer ou le voisinage d'un

bois pour les autres, deviennent des pays inhabitables. En général, les malades qui se trouvent bien sur le bord de la mer sont pris d'accès sur les montagnes, et *vice versa*. L'orage, la neige, le brouillard surtout ont une grande influence sur les asthmatiques ; la poussière, certaines odeurs suffisent pour faire éclater un accès. On a noté l'odeur du foin quand il contient de la *lobélie*, l'odeur de l'*ipécacuanha* comme des causes d'accès.

Traitement. — Au point de vue pratique, il nous suffit de distinguer le traitement de l'*accès* et le traitement de l'*asthme habituel*.

Traitement de l'*accès*. *Ipéca, sambucus niger, lobelia inflata*, sont les principaux médicaments de l'accès. S'ils ne suffisaient pas, il faudrait consulter les indications que nous poserons à propos de l'asthme habituel. *Ipéca* est le médicament qui est le plus fréquemment employé par toutes les écoles. Il est indiqué par une dyspnée considérable accompagnée de sifflement et des premiers signes de l'asphyxie ; par une toux quinteuse provenant d'un chatouillement dans le fond des bronches, accompagnée d'étranglement au larynx et de suffocation.

Sambucus est indiqué par la prédominance de la dyspnée sur la toux, par une anxiété extrême, la face violette et les signes d'une asphyxie plus avancée que pour l'*ipéca*. La dyspnée s'accompagne d'une sibilance bien marquée.

Lobelia est indiqué par une dyspnée presque sans toux ; un grand développement de gaz dans l'estomac.

J'emploie habituellement la 3e dilution, mais j'arrive rapidement à quelques gouttes de la teinture de *sambucus* ou à quelques centigrammes de la première trituration au 10e d'*ipéca*, si les accès résistent aux doses ordinaires.

Traitement de l'asthme habituel. — *Arsenicum, nux vo-*

mica, sulfur, pulsatilla, tartarus, nitri acidum, sont les médicaments principaux. Le *coca,* vanté outre mesure, a donné quelques succès dans des cas insuffisamment caractérisés.

Arsenicum est ici le médicament le plus souvent indiqué ; il correspond à la dyspnée habituelle avec sifflement, toux quinteuse et expectoration d'un liquide visqueux, transparent et spumeux. L'anxiété précordiale et les redoublements nocturnes achèvent de caractériser l'emploi d'*arsenicum*. Ce médicament avec le *sulfur* convient dans le traitement de l'asthme dartreux.

Nux vomica a des indications communes avec *arsenicum ;* et très-souvent on se trouve bien de donner *nux vomica* le soir et *arsenicum* le matin, d'après l'avis du Dr Roux (de Cette). *Nux vomica* est plus spécialement indiqué lorsque l'accès d'asthme commence par des éternuements et un coryza fluent. L'asthme hémorrhoïdaire surtout appartient à *nux vomica*.

Pulsatilla est indiqué seulement dans les cas d'asthme habituel sans accès bien prononcés et avec une expectoration catarrhale des plus prononcées. *Tartarus* est indiqué dans les mêmes circonstances.

Sulfur m'a donné quelques succès dans l'asthme dartreux. Ce médicament correspond du reste à la plupart des symptômes de l'asthme : accès de dyspnée sibilante, avec lèvres bleuâtres, survenant principalement la nuit.

Nitri acidum est préconisé par Hartmann comme le médicament principal de l'asthme ; je n'ai jamais eu occasion de l'employer.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DU CŒUR

Ces affections sont presque toujours symptomatiques ; elles se rattachent, en général, aux rhumatismes, à la goutte, aux hémorrhoïdes et à la dartre. Elles ont presque constamment été étudiées comme des maladies essentielles, ce qui a beaucoup nui à la clarté de la description. Nous décrirons successivement : l'*endocardite* et les *lésions valvulaires,* les *névroses du cœur*. Nous dirons quelques mots des lésions dont l'origine n'est pas complétement connue et que nous n'osons pas encore rattacher constamment à l'endocardite ; l'*hypertrophie,* la *dilatation,* l'*état graisseux,* l'*anévrysme*. Nous terminerons par l'histoire de la *péricardite*.

Nous ne pouvons pas, dans un livre aussi élémentaire, donner la théorie des bruits du cœur. Dans la description des lésions, nous indiquerons les *signes* de chacune d'elles et nous donnerons à ces signes toute leur valeur pratique.

Seulement nous voulons rappeler ici quelques principes généraux de l'examen du cœur. 1° Les bruits pathologiques qui accompagnent les lésions de l'orifice aortique s'entendent, à leur maximum, un peu au-dessus de cet orifice, c'est-à-dire au niveau du deuxième espace intercostal, tout à côté du bord droit du sternum. 2° Les bruits pathologiques de la valvule mitrale ont leur maximum à la pointe du cœur. 3° Les bruits pathologiques du cœur

droit s'entendent pour l'artère pulmonaire au même niveau que ceux de l'orifice aortique, mais *à gauche* du sternum. 4° Les bruits de la valvule tricuspide ont leur summum d'intensité au niveau de la base de l'appendice xiphoïde. 5° Pour juger du volume du cœur, il y a un moyen pratique qui ne trompe jamais, à moins qu'un épanchement ou une tumeur n'ait déplacé le cœur. Ce moyen consiste à rechercher la pointe du cœur. Dans l'état normal la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, sur une ligne abaissée perpendiculairement du mamelon. Si le cœur est hypertrophié, cette pointe descend dans les espaces intercostaux suivants et bat en dehors de la ligne que nous avons indiquée; si au contraire le cœur est atrophié, sa pointe bat plus haut qu'à l'état normal et en dedans de la ligne indiquée.

Pour déterminer le siége des bruits du cœur le stéthoscope est nécessaire; il faut de plus le garnir de son obturateur ou avoir un stéthoscope étroit, dont le diamètre n'excède pas celui de l'artère crurale.

ENDOCARDITE.

Cette affection est caractérisée anatomiquement par l'inflammation de la membrane interne du cœur et du tissu musculaire lui-même.

L'endocardite existe comme maladie essentielle, mais il ne nous a jamais été donné de l'observer à l'état aigu. Seulement nous avons constaté un certain nombre de fois l'existence de lésions valvulaires chez des malades qui n'avaient jamais présenté aucun symptôme de rhumatisme, de goutte, d'hémorrhoïdes ou d'une phlegmasie du poumon et de la plèvre.

Comme l'histoire de l'endocardite et l'anatomie pathologique démontrent que les lésions valvulaires sont toujours de nature inflammatoire, il en résulte que chez ces malades il y avait *endocardite* en l'absence de toute autre maladie, et par conséquent une endocardite essentielle. Quand nous aurons complété nos observations sur ce point, nous pourrons tracer l'histoire de l'endocardite essentielle; mais maintenant nous ne pouvons qu'en signaler l'existence. Nous ajouterons qu'elle nous a toujours paru avoir un début insidieux et une marche primitivement chronique.

C'est principalement dans le cours du *rhumatisme articulaire aigu* que se produit l'endocardite; quelquefois cette affection se montre chez les *goutteux*, les *hémorrhoïdaires* et les *dartreux*; d'autres fois elle complique une *fièvre continue* ou *éruptive*, et plus fréquemment la *diathèse purulente*. Enfin l'inflammation peut se propager à l'endocarde dans le cours d'une *pneumonie*, d'une *pleurésie* ou même d'une *bronchite* intense.

L'étude de l'*endocardite* ne deviendra rigoureuse que lorsqu'elle aura été faite pour chacune des maladies, dans le cours desquelles elle peut se montrer; cette étude n'est possible aujourd'hui que pour l'*endocardite rhumatismale*.

Elle présente trois formes : *endocardite légère*, *endocardite commune* et *endocardite grave* ou *métastatique*.

Endocardite commune. — Cette forme apparaît dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, principalement quand un grand nombre de jointures ont été affectées; elle aggrave beaucoup l'état du malade, mais elle ne trouble pas la marche de la maladie en faisant disparaître les affections articulaires, comme l'endocardite métastatique.

Son début est annoncé par une augmentation du mouvement fébrile; le pouls s'accélère et devient plus petit, dur et vibrant; en même temps apparaissent les palpitations et la dyspnée; rarement les malades accusent une douleur notable à la région du cœur. Les jours suivants la dyspnée augmente; le pouls devient mou et faible, tout en restant fréquent, et, en même temps, on constate la *matité cardiaque* et des *bruits de souffle* divers.

La *matité* transversale est augmentée parce que les fibres musculaires demi-paralysées par l'inflammation de la séreuse se contractent faiblement et laissent le cœur se distendre. La formation de dépôts pseudo-membraneux dans les régions valvulaires, l'inflammation des valvules et des orifices du cœur détruisent la mobilité, la régularité et l'élasticité de ces parties; d'où naissent des *retrécissements* et des *insuffisances;* de là des *bruits de souffle,* dont nous donnerons la description dans le chapitre suivant. La *voussure* n'arrive jamais en l'absence de complications péricardiques.

Si l'endocardite doit se terminer par la *mort,* la dyspnée augmente, le pouls devient misérable, intermittent, et les malades succombent dans une syncope ou dans l'asphyxie. Cette terminaison a lieu le plus souvent vers la fin du premier septénaire.

La terminaison par une guérison absolue est fort rare; elle s'annonce par la décroissance de la fièvre et de la dyspnée, par la disparition des bruits de souffle.

La terminaison la plus fréquente est la guérison incomplète; l'état aigu disparaît et les altérations valvulaires persistent.

Les Allemands ont beaucoup insisté sur la complication d'*embolie* dans le cours de l'endocardite, de petites portions de fibrine coagulée, des parcelles de valvules détachées, sont entraînées par la grande circulation et

viennent produire des oblitérations artérielles dans la rate, les reins, le foie, les membres ou le cerveau. Ces oblitérations produisent des apoplexies capillaires, des abcès et des gangrènes. Ces accidents, s'ils existent, sont fort rares ; je n'en ai jamais observé.

Endocardite métastatique. — Elle est caractérisée par un début brusque, une extrême gravité, la disparition ou l'amoindrissement considérable des affections articulaires.

La marche de cette forme est très-rapide, la dyspnée, les lipothymies, l'anxiété sont portées à un très-haut degré ; les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers ; en même temps, le pouls est très-faible, il y a des sueurs froides et des accès de suffocation. La terminaison habituelle est la mort, qui survient très-rapidement, souvent en quelques heures. Cette forme s'observe aussi dans la *dartre*, dans la *maladie hémorrhoïdaire* et surtout dans la *goutte* : c'est la *goutte remontée*. Dans la *forme anomale* de cette dernière maladie, c'est-à-dire dans la goutte qui ne s'accompagne pas d'affections articulaires, nous avons observé des *accès* d'endocardite avec douleur énorme à la région précordiale, battements tumultueux et irréguliers du cœur ; dyspnée considérable, congestion pulmonaire et petites hémoptysies ; mouvement fébrile considérable, pouls irrégulier, rapide, tantôt fort, tantôt faible.

Beaucoup de cas d'*asystolie* ne sont autre chose que des *endocardites graves*.

Endocardite bénigne. — C'est la plus fréquente de toutes ; elle passerait inaperçue sans les signes fournis par l'auscultation. Il faut bien se garder de diagnostiquer une endocardite bénigne toutes les fois qu'on entend un léger bruit de souffle dans le cours du rhumatisme arti-

culaire aigu. Pour admettre l'existence d'une inflammation même légère du cœur, il est nécessaire que le bruit de souffle ait une certaine intensité; il faut, en outre, que les bruits très-clairs et très-sonores de l'*artère pulmonaire* indiquent un excès de réplétion de ce vaisseau et par conséquent un affaiblissement des contractions musculaires de cœur, signe certain de l'inflammation de la séreuse. Cette forme de l'endocardite, n'entraîne jamais directement la mort; mais elle est une source fréquente de lésions valvulaires incurables.

Anatomie pathologique. — Nous ne rappellerons que les choses indispensables : le siége de la lésion aux orifices et sur les valvules; la formation et le dépôt du produit pseudo-membraneux ; la rupture des brides des valvules; la perforation et les adhérences vicieuses de ces voiles mobiles, l'ulcération de la séreuse, l'infiltration du sang dans le tissu musculaire et la formation d'une sorte d'anévrysme aigu.

Traitement. — Les principaux médicaments sont : *aconitum, colchicum, spigelia, belladona, cannabis, arsenicum, phosphorus, digitalis, tabacum, lachesis* et *vipera*. *Aconitum* est le médicament du début. Il est indiqué par un mouvement fébrile intense, un pouls dur et fréquent, des palpitations de cœur énergiques avec douleur sécante, sensation d'un coup violent à la région précordiale ou à l'épigastre; chaleur et rougeur de la face ; soif; tendance à la syncope; respiration courte ; urine brûlante, rouge foncé.— L'intermittence du pouls n'est point une contre-indication. J'emploie habituellement la 2e ou la 3e trituration, 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures.

Colchicum a pour lui l'expérience clinique; sa patho-

génésie est peu riche encore. Cependant Hartmann a noté : oppression avec anxiété ; douleur déchirante à la région cardiaque en respirant ; palpitations très-fortes et irrégulières ; pouls contracté, vite et très-fréquent ; urines rares, rouges et troubles.

Spigelia, que nous retrouverons à propos du traitement des affections valvulaires, convient à un degré plus avancé, quand le mouvement fébrile a diminué, quand les lésions des orifices sont déjà caractérisées. Les symptômes de ce médicament sont : palpitations violentes avec anxiété et dyspnée, palpitations avec accès subits de suffocation ; sensation d'ondulation, de tremblement au cœur ; inégalité et intermittence des battements ; augmentation des symptômes par l'action de lever les bras. Les urines laissent déposer un sédiment blanchâtre.

L'expérience physiologique et l'observation clinique concourent pour indiquer *phosphorus* dans l'endocardite; seulement il n'est pas encore possible de préciser ses indications.

Arsenicum convient dans les cas graves, quand *aconitum* et *colchicum* ont échoué; il est indiqué par des accès de suffocation nocturnes ; un état lipothymique ; pouls irrégulier, faible, petit et tremblant ; battements violents et anxieux du cœur ; urines troubles, quelquefois sanguinolentes et albumineuses.

Lachesis et *vipera* conviennent à peu près dans les mêmes circonstances qu'*arsenicum.*

Nous retrouverons les autres médicaments à propos du traitement des affections valvulaires.

AFFECTIONS ORGANIQUES.

L'endocardite laisse le plus souvent à sa suite des lésions valvulaires, d'où naissent les *rétrécissements* et les *insuffisances* des orifices du cœur, suivies de l'hypertrophie avec ou sans dilatation des parois du cœur. Ces différentes lésions à marche chronique, avec leur retentissement nécessaire sur l'organisme, constituent les *affections organiques* du cœur. Nous rappelons qu'en dehors de la description classique de l'endocardite, il existe des cas nombreux dans lesquels l'inflammation de l'endocarde est primitivement localisée aux orifices du cœur; que dans ces cas l'affection a une marche chronique et s'accompagne de très-peu de symptômes ; qu'en un mot, il existe une *endocardite latente*, et que c'est elle qui donne le plus souvent naissance aux affections organiques du cœur. Ces endocardites latentes sont quelquefois *essentielles ;* mais le plus souvent elles ne sont que des affections goutteuses, hémorrhoïdaires ou dartreuses.

Une analyse pathologique exagérée a permis de décrire séparément le rétrécissement et l'insuffisance de chacun des orifices du cœur. Mais l'insuffisance et le rétrécissement coïncident *toujours* sur le même orifice, et les symptômes généraux diffèrent surtout quand la lésion siége à la valvule mitrale et quand elle siége à la valvule aortique. Nous n'écrirons donc que deux chapitres sur ce sujet : *affection des valvules aortiques ; affection de la valvule mitrale*. Nous indiquerons cependant les signes qui indiquent la prédominance du rétrécissement ou de l'insuffisance. Enfin nous décrirons en peu de lignes les mêmes affections quand elles siégent sur le cœur droit.

AFFECTIONS DES VALVULES DE L'AORTE.

Anatomie pathologique. — Il y a *insuffisance* des valvules sigmoïdes toutes les fois que ces valvules ne peuvent plus fermer complétement l'orifice aortique pendant la diastole du cœur; que ce défaut d'occlusion tienne à la simple rigidité des valvules, à leur déformation, à des adhérences, à des perforations, ou même à une destruction partielle. L'insuffisance a donc pour résultat immédiat le retour, dans le ventricule relâché, d'une quantité plus ou moins considérable du sang, chassée dans l'aorte pendant la systole. Ce désordre de la circulation amène bientôt une distension du ventricule gauche, par accumulation du sang; et comme en même temps ce désordre nécessite de la part du ventricule des efforts continus et considérables, l'*hypertrophie excentrique* du ventricule gauche est *toujours* une suite de l'affection des valvules de l'aorte lorsque l'insuffisance prédomine; et elle atteint ici un degré plus élevé que dans toute autre maladie. On a donné à cette lésion le nom fort juste d'*hypertrophie compensatrice,* puisqu'elle permet au cœur de remplir presque régulièrement toutes ses fonctions, malgré la lésion des orifices.

Les mêmes lésions des valvules produisent un *rétrécissement* plus ou moins prononcé, et qui va quelquefois jusqu'à réduire le diamètre aortique à l'épaisseur du petit doigt. Quand les *déformations,* les *épaississements* et les *adhérences* des valvules ne produisent pas un rétrécissement *apparent,* la perte d'élasticité de la zone fibreuse qui entoure les orifices du cœur produit un rétrécissement *réel,* par défaut d'extensibilité. Lorsque le rétrécissement prédomine sur l'insuffisance, le sang ne reflue pas d'une manière notable dans le ventricule gauche; aussi dans ce cas on n'observe qu'une *hypertrophie sim-*

ple, développée par les efforts continus que le ventricule est obligé de faire pour chasser le sang à travers l'orifice rétréci.

L'affection des valvules aortiques est de toutes les affections organiques du cœur celle qui présente le moins de gravité; elle est compatible pendant longtemps avec un état de santé relatif. Cette absence de symptômes graves avec des lésions considérables tient au développement de l'hypertrophie du ventricule gauche, hypertrophie qui, pendant longtemps, lutte avec avantage contre les obstacles à la circulation, créés par la lésion de l'orifice aortique. Dans cette première période, les symptômes principaux sont des palpitations et surtout des battements de cœur excessivement énergiques qui ébranlent tout le thorax, un très-léger degré de dyspnée. Quand l'insuffisance prédomine, les malades présentent, en outre, une coloration vive de la face, des vertiges et une tendance aux hémorrhagies nasales et à l'apoplexie. Quand, au contraire, le rétrécissement est considérable, on voit surgir les signes de l'anémie cérébrale : pâleur de la face, frilosité, tendance aux syncopes, quand le malade quitte la position couchée.

Les *signes physiques* varient dans l'insuffisance et dans le rétrécissement. Dans le premier cas, on constate un bruit de souffle diastolique, ayant son summum d'intensité à la base du cœur, au niveau du deuxième espace intercostal, sur le bord droit du sternum, et se prolongeant dans l'aorte. En même temps, on constate une augmentation considérable du diamètre transversal du cœur et un déplacement de sa pointe, qui est portée en bas et en dehors, vers la huitième côte. Les artères périphériques sont le siége de battements énormes; elles présentent un double bruit de souffle; le premier produit par

l'afflux trop considérable du sang ; le second, qui n'est que la transmission du bruit né de l'insuffisance des valvules sigmoïdes et qui correspond à la diastole du cœur et à la systole des artères. Le pouls est *très-grand*, vibrant, s'élevant brusquement comme un ressort, et retombant plus brusquement encore. Cette *rétrocédance* du pouls s'augmente encore si on tient le bras élevé dans la position verticale. Ce pouls est pathognomonique. Souvent l'hypertrophie du cœur détermine une voussure du thorax.

Dans le *rétrécissement* la matité est moindre, mais il existe un *frémissement cataire* bien marqué. Le bruit de souffle est systolique ; il a le même siége que dans l'insuffisance : le pouls est petit et dépressible.

Quand le rétrécissement est très-prononcé, le pouls est bien moins fort et, d'après Jaccoud, il présenterait au sphygmographe une plate-forme analogue à celle produite par l'incrustation dite sénile des artères. Un signe plus pratique, c'est l'absence du double bruit de souffle perçu dans les carotides et dans les artères éloignées, la crurale, par exemple. Quand le rétrécissement qui complique l'insuffisance aortique est notable, on n'entend dans les artères qu'un seul bruit de souffle, celui qui correspond au premier temps du cœur, et qui est dû au rétrécissement aortique. Dans quelques cas, ce bruit n'est même pas transmis, en sorte que les carotides ne sont le siége d'aucun bruit pathologique.

L'affection de l'orifice aortique marche lentement et présente quelquefois des aggravations irrégulières. Ces aggravations, dues à un retour de l'endocardite à l'état aigu, s'accompagnent d'un grand trouble dans la circulation ; les battements deviennent tumultueux, la dyspnée considérable, le pouls irrégulier, petit, insensible, le cœur est en *asystolie* ; la véritable expression serait en *ataxie*.

car le désordre et le désaccord forment le caractère de cet état. Souvent il existe en même temps une violente douleur sous-sternale. Au bout de quelques jours, tous ces symptômes disparaissent, et l'affection reprend son cours paisible et sa bénignité apparente. Après plusieurs années, il survient un moment où le tissu du cœur subit une dégénérescence graisseuse, l'hypertrophie *compensatrice* devient incapable de lutter contre les obstacles de l'orifice artériel; alors l'affection entre dans sa deuxième période, véritable *cachexie cardiaque*.

L'œdème, qui s'était montré d'une manière passagère, devient définitif, et progresse chaque jour. La dyspnée suit la même phase que l'œdème, et les malades périssent lentement par une asphyxie progressive, ou ils succombent brusquement à la syncope, ou encore à un des accidents attribués à l'*embolie*. Ces accidents sont divers et varient avec les organes dans lesquels se produit l'oblitération artérielle; on a signalé le ramollissement cérébral, l'apoplexie du foie et la gangrène des membres.

Notons encore diverses complications qui viennent souvent changer la physionomie de cette seconde période. L'inflammation, qui a produit et qui entretient la lésion de l'orifice aortique, peut gagner l'aorte et produire la dilatation, le rétrécissement et surtout l'incrustation athéromateuse de cette artère; elle peut encore envahir la valvule mitrale et combiner ainsi les deux principales affections du cœur. L'insuffisance de la valvule mitrale pourrait encore se produire par un autre mécanisme. L'hypertrophie excentrique, compensatrice de la lésion de l'orifice aortique, amène l'agrandissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, et la valvule mitrale devient trop petite et insuffisante. Cette dernière explication me paraît un peu forcée, par cette raison que, dans les autopsies, on signale toujours, avec l'insuffisance mitrale, l'existence

de végétations, d'épaississements, de rigidités qui prouve que le travail inflammatoire est le mécanisme principal de cette complication. Quoi qu'il en soit, il faut compter l'insuffisance mitrale parmi les complications possibles de la deuxième période des affections de l'orifice aortique. C'est à cette complication qu'il faut attribuer principalement le défaut d'équilibre entre la pression artérielle et la pression veineuse, défaut d'équilibre qui produit d'une part la faiblesse du pouls, la diminution considérable des sécrétions, celle des urines en particulier; et d'autre part les congestions du foie et l'anasarque.

Nous devons insister sur la fréquence de la mort subite dans les affections de l'orifice aortique. Cette terminaison se comprend facilement si on se rappelle que la circulation n'est possible, dans ces cas, que par l'hypertrophie et la surexcitation du ventricule gauche; si, par une circonstance quelconque, une saignée, une hémorrhagie, une émotion, une privation d'aliments, une fatigue excessive, il survient une syncope, le sang reflue de l'aorte dans le cœur, le distend outre mesure, et il peut arriver que cette accumulation soit telle que le ventricule gauche soit tout à fait incapable de chasser cette masse de sang; dans ce cas la syncope devient définitive.

Pour plus de clarté, nous avons décrit l'insuffisance pure et le rétrécissement pur; mais, nous l'avons dit, ces deux lésions coïncident toujours à un certain degré, et il faut tenir compte dans la pratique de la réunion ordinaire des deux lésions.

AFFECTIONS DE LA VALVULE MITRALE.

Elle s'accompagne, beaucoup plutôt que l'affection des valvules aortiques, de dyspnée, d'hydropisie et des autres

symptômes propres aux maladies organiques du cœur; elle est aussi plus rapidement mortelle.

Anatomie pathologique. — L'endocardite, lorsqu'elle s'est localisée sur la valvule mitrale, déforme cette valvule, l'épaissit, crée des adhérences morbides, détruit l'élasticité de l'ouverture auriculo-venticulaire, change la souplesse et l'extensibilité nécessaire au jeu naturel de cet organe en une rigidité qui, à elle seule, produit souvent le rétrécissement de l'orifice et l'insuffisance de la valvule.

L'obstacle à la circulation créé par la lésion de la mitrale à l'orifice auriculo-ventriculaire a pour effet immédiat la dilatation et l'hypertrophie de l'oreillette gauche; puis, par extension, la dilatation des veines pulmonaires, l'accumulation du sang en excès dans le poumon, la dilatation de l'artère pulmonaire, la dilatation et l'hypertrophie du ventricule droit. Il faut ajouter à ces lésions la dilatation et l'hypertrophie du ventricule gauche quand l'insuffisance prédomine; et, au contraire, l'atrophie de ce même ventricule lorsque le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire réduit notablement la quantité du sang qui passe de l'oreillette dans le ventricule.

Ces hypertrophies et ces dilatations s'expliquent naturellement par l'obstacle au cours du sang, qui naît de l'affection de la valvule mitrale; c'est l'application d'une loi d'anatomie pathologique formulée par J.-P. Tessier : quand un rétrécissement siége sur un canal, toute la portion située en arrière du rétrécissement s'hypertrophie, tandis que la portion située en avant s'atrophie. Dans l'insuffisance, à chaque contraction du ventricule, une partie du sang est chassée dans l'oreillette au travers de l'orifice incomplétement fermé; dans le rétrécissement, le sang arrive lentement et en quantité trop faible

dans le ventricule gauche; dans l'un et l'autre cas, le sang s'accumule dans l'oreillette gauche, le poumon et le cœur droit. Les hypertrophies déterminées par cet obstacle au cours du sang sont *compensatrices;* elles luttent quelque temps contre les effets de la lésion des valvules; mais jamais elles ne peuvent remédier à la congestion pulmonaire; aussi la dyspnée est constante et apparaît dès le début de l'affection de la valvule mitrale.

L'affection de la valvule mitrale a une marche chronique et irrégulière, avec des améliorations et des aggravations. Les aggravations sont habituellement dues à des recrudescences de l'endocardite. Les symptômes habituels sont la dyspnée, un catarrhe pulmonaire qui s'établit plus ou moins rapidement; des apoplexies pulmonaires. Pendant quelque temps, l'hypertrophie du ventricule droit compense suffisamment l'obstacle de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche pour que le système artériel reçoive une quantité de sang suffisante. Mais il arrive un moment où la compensation est insuffisante; l'équilibre se rompt, et la maladie marche vers la cachexie. Alors le système artériel ne reçoit plus assez de sang; d'où la faiblesse croissante du pouls, les vertiges et les symptômes d'anémie cérébrale, la diminution des sécrétions. Les urines peuvent servir de mesure à la diminution de la pression artérielle; elles décroissent avec elle, deviennent épaisses, rouges et bourbeuses; et le système veineux s'emplissant de proche en proche, produit la teinte violacée, l'œdème, l'engorgement du foie, qui descend jusque vers l'ombilic; l'ictère, la diarrhée, l'engorgement des reins, les urines albumineuses, l'embarras de la circulation cérébrale, la somnolence, des troubles psychiques variés. Cependant l'hydropisie fait des progrès et devient bientôt le symptôme dominant; elle remonte des malléoles à la partie supérieure du tronc, détermine

l'ascite et l'hydrothorax; les malades ne peuvent plus se coucher; un érythème, extrêmement douloureux, se développe sur les membres inférieurs énormément tuméfiés, des ulcérations remplacent l'érythème; la sérosité, qui infiltre le tissu cellulaire, s'écoule continuellement par ces plaies; la cachexie cardiaque se prononce de plus en plus; il survient des taches de purpura, des gangrènes, et les malades succombent asphyxiés dans un demi-coma et après d'horribles souffrances.

Plus souvent que dans toute autre affection cardiaque, on observe dans le cours de l'insuffisance ou du rétrécissement mitral, l'ensemble des symptômes auquel on a donné le nom d'*asystolie*. Ce syndrome est caractérisé par des battements tumultueux et irréguliers, par l'extrême faiblesse et la fréquence du pouls, par une dyspnée proportionnée aux désordres des mouvements du cœur. Ce désordre est dû à la rupture de la compensation hypertrophique. Cette rupture peut être définitive, et l'asystolie n'est dans ce cas que le commencement de la fin; elle peut au contraire être accidentelle, et nous l'attribuons à une recrudescence de l'endocardite. Nous rappelons encore la formation de caillots dans le cœur; caillots qui peuvent tuer directement en empêchant les mouvements du cœur; et qui, dans d'autres cas, produisent des accidents dans les organes éloignés par leur migration : affections cérébrales, asphyxie pulmonaire, gangrène des extrémités, etc., etc.

Signes physiques de l'insuffisance mitrale. La pointe du cœur est déjetée du côté de l'aisselle par l'hypertrophie du ventricule droit; en même temps on constate une impulsion tout le long du sternum et au creux épigastrique. La percussion fait reconnaître une matité transversale considérable. L'auscultation permet d'entendre un bruit de

souffle systolique, dont le summum d'intensité existe à la pointe du cœur gauche.

Signes physiques du rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche. On rencontre les mêmes signes de l'hypertrophie du ventricule droit, plus un léger *frémissement cataire* vers la pointe; mais on est encore loin de s'entendre sur les bruits de souffle qui accompagnent le *rétrécissement* de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Voici ce que la clinique a démontré sur ce point : il y a des cas où il existe un bruit de *souffle systolique;* il y en a d'autres où le bruit de *souffle est diastolique.* Dans un certain nombre de cas le bruit du souffle occupe le grand silence immédiatement avant la systole; il est *présystolique.* Enfin dans certains cas il n'y a aucun bruit de souffle.

Le bruit du *souffle systolique* est tout à fait inexplicable par un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. Ce bruit est le signe de l'*insuffisance* du même orifice. Aussi, quand avec un rétrécissement il n'existe qu'un bruit de souffle systolique, nous n'hésitons pas à dire qu'il y a une *insuffisance concomitante* (on se rappelle que nous avons dit qu'il existait toujours simultanément une insuffisance et un rétrécissement) qui donne lieu au bruit de souffle entendu et que le rétrécissement est complétement muet, ce qui arrive bien souvent.

Les bruits des souffles *diastolique* et *présystolique* s'expliquent parfaitement. Au moment de la diastole, le sang se précipite de l'oreillette dans le ventricule, et si son mouvement est assez rapide il produit un *bruit sourd, bruit diastolique;* mais qu'on se rappelle qu'au moment où la systole va remplacer la diastole, l'oreillette se contracte pour achever de se vider. Eh bien, pendant cette systole auriculaire, systole qui est d'autant plus énergique que l'oreillette est hypertrophiée, il peut se produire un bruit de souffle intense; c'est le bruit *présystolique,*

ainsi appelé parce qu'il précède immédiatement la systole ventriculaire. Quelquefois on entend les deux bruits normaux, puis le souffle présystolique, ce qui donne lieu à trois bruits rhythmés comme le *rappel* ou le *galop*.

Le pouls est petit, souvent irrégulier et intermittent. Cette intermittence du pouls coïncide avec une contraction du cœur ; c'est une fausse intermittence, mais elle est caractéristique parce qu'elle montre que le cœur se contracte sur une quantité de sang trop petite pour que l'ondée sanguine puisse arriver à la radiale. Elle démontre donc qu'il y a un obstacle à l'orifice auriculo-ventriculaire.

Dans l'insuffisance, comme dans le rétrécissement, on continue d'entendre le deuxième bruit normal du cœur, à la base du cœur, à moins que le bruit de souffle ne soit assez fort pour le couvrir. Notons encore que la réplétion considérable de l'artère pulmonaire renforce considérablement le deuxième bruit du cœur droit.

Il est rare que la réunion du rétrécissement et de l'insuffisance ne produise pas un double bruit de souffle.

Nous désirons faire remarquer d'une manière toute spéciale que l'affection de la valvule mitrale, rétrécissement ou insuffisance, peut exister sans bruit de souffle. Nous fondons cette opinion : premièrement sur la disparition momentanée du bruit de souffle dans des affections bien constatées de la valvule mitrale, les autres signes de la lésion continuant d'exister ; secondement sur l'observation d'un certain nombre d'affections du cœur caractérisées par l'irrégularité des battements du cœur, le pouls particulier de l'insuffisance mitrale, la pléthore veineuse, les hydropisies et les autres symptômes de la cachexie cardiaque, sans qu'une auscultation presque journalière ait permis de constater autre chose qu'un timbre plus sourd dans les bruits du cœur.

Le pouls des affections de la valvule mitrale est patho-

gnomonique ; il est faible, irrégulier et intermittent. Quand la maladie s'aggrave, il devient misérable, et souvent il disparaît à l'un des bras ou même à tous les deux, pour reparaître s'il survient un peu de mieux. Ce pouls n'est pas constant. Quand le malade va mieux, le pouls est tout à fait régulier.

AFFECTIONS DES VALVULES SEMI-LUNAIRES DE L'ARTÈRE PULMONAIRE.

Ces affections sont extrêmement rares ; les lésions sont en tout comparables à celles que nous avons décrites pour le cœur gauche ; les signes physiques sont l'hypertrophie excentrique du ventricule droit, un bruit de souffle au niveau de l'origine de l'artère pulmonaire, c'est-à-dire au niveau du troisième cartilage costal gauche. Dans l'insuffisance, le bruit de souffle est au deuxième temps, il est au premier temps dans le rétrécissement. On n'observe jamais dans cette affection le pouls de l'insuffisance aortique, ni les signes de congestion vers la tête, mais des signes de congestion du poumon ; la pléthore veineuse et ses suites : hydropisie, cyanose, etc., sont plus promptement engendrées par le rétrécissement que par l'insuffisance.

Les signes physiques de l'insuffisance de la tricuspide sont la dilatation énorme des jugulaires et le *pouls veineux*, engendré par le reflux du sang, à chaque contraction du ventricule droit, un bruit de souffle au premier temps vers la base du sternum.

Le rétrécissement est excessivement rare et a pour signes un bruit au deuxième temps, ou un bruit *présystolique*.

Les affections de la tricuspide entravent très-rapidement la circulation veineuse et produisent, presque dès le début, tous les symptômes des maladies organiques du cœur.

Les lésions du cœur droit, si rares après la naissance, sont fréquentes, au contraire, pendant la vie intra-utérine. L'hypertrophie compensatrice s'établit pendant le première enfance; et la vie est compatible bien plus longtemps avec ces affections quand elles sont congénitales que lorsqu'elles se développent accidentellement.

Nous devons rappeler encore avant de terminer que les affections des orifices se compliquent souvent les unes et les autres, et que les malades présentent alors des signes combinés de ces différentes affections. On parviendra toujours à faire une juste analyse de ces signes, si on se rappelle que chaque orifice du cœur donne lieu à deux bruits normaux; que ces bruits ont leur summum d'intensité et un siége déterminé que nous avons indiqué. Exemple : insuffisance mitrale coïncidant avec une insuffisance aortique ; à la base, on entendra un bruit de souffle au second temps dû à l'insuffisance aortique; à la pointe, un bruit de souffle au premier temps, dû à l'insuffisance mitrale. De plus, on entendra à la base le premier temps normal mélangé avec le bruit du souffle de la pointe entendu par propagation, et souvent à la pointe absence complète du second bruit. La révolution cardiaque se composera seulement du souffle du premier temps et du grand silence. Dans ces cas, le second bruit normal de la pointe, dû au passage du sang de l'oreillette dans les ventricules, disparaît, et le retentissement du deuxième bruit naturel de la base étant supprimé par le fait de l'insuffisance aortique, il n'existe à la pointe que le bruit de souffle de l'insuffisance mitrale au premier temps, prolongé par le retentissement du bruit du souffle aortique au deuxième temps ; on n'entend plus qu'un souffle et un silence. C'est ainsi qu'on analysera tous ces cas complexes, et le plus souvent on arrivera à un diagnostic précis.

Traitement. Quand l'*affection des valvules aortiques* domine. — L'imperfection de la matière médicale pour ce qui a trait aux signes physiques et aux caractères du pouls, l'absence de diagnostic précis dans la plupart des observations publiées, ne nous permettent pas d'exposer aussi nettement que nous le voudrions cette partie du traitement des affections du cœur. *Aconitum* est indiqué dans l'endocardite chronique localisée sur l'orifice aortique. *Phosphorus* a donné aussi de bons résultats et présente un pouls en rapport avec la lésion qu'il s'agit d'attaquer. *Apis mellifera* a été donné empiriquement. *Nitrum* qui donne un *pouls grand* (Bœnninghausen), des palpitations avec dyspnée, avec douleurs lancinantes dans le côté gauche du thorax et principalement à la région précordiale, est encore indiqué.

Quand l'affection de la *valvule mitrale* prédomine. — *Digitalis*, *spigelia*, *arsenicum*, *tabacum*, *lachesis*, *vipera*, *naja*, *china*, sont les principaux médicaments; tous correspondent aux battements irréguliers du cœur, à la faiblesse et à l'inégalité du pouls; à l'œdème et à tous les troubles engendrés par la pléthore veineuse. *Digitalis* sera préféré quand le pouls est lent, petit, irrégulier, et qu'il *s'accélère au moindre effort;* l'urine est rouge foncé, quelquefois brunâtre et en *très-petite quantité;* il y a diminution de la pression artérielle.

Lachesis est un très-bon médicament dans les affections organiques du cœur; il correspond à l'ensemble des symptômes, mais il est difficile de préciser son action. La tendance aux syncopes, un commencement d'asphyxie, des urines très-fréquentes et brûlantes, le purpura et les plaques érythémateuses sur les membres inférieurs œdématiés, indiquent plus particulièrement le *lachesis*. *Crotalus*, *elaps coralina*, *naja*, *vipera torva* et *curare* remplacent quelquefois avantageusement le *lachesis*.

Arsenicum sera préféré quand il y a des aggravations nocturnes considérables, une grande agitation et beaucoup d'angoisses.

Spigelia convient quand le pouls est intermittent et qu'il existe une douleur précordiale notable.

Tabacum est indiqué par le pouls irrégulier et intermittent. On trouvera au chapitre de l'endocardite et à celui de l'angine de poitrine les renseignements nécessaires pour compléter le traitement des affections organiques du cœur.

Dans la période de cachexie, quand l'hydropisie est considérable, je ne connais pas de médicaments homœopathiques, excepté la digitale, qui aient une action favorable sur l'ensemble des symptômes. Hartmann signalait déjà cette lacune de la thérapeutique ; et, à ma connaissance, elle n'a pas été comblée, à moins que *senega*, proposé par le Dr Gallavardin, ne puisse agir efficacement dans ce cas. Il faudra donc ici administrer la digitale sous la seule forme qui soit efficace : la décoction des feuilles de la plante. On prescrit de 2 à 4 grammes de feuilles pour 100 grammes d'eau ; 4 à 6 cuillerées en vingt-quatre heures.

La diurèse et la régularité du pouls suivent très-rapidement l'administration de cette préparation. Si les urines cessent d'être abondantes, il faudra suspendre immédiatement le médicament, car il ne faut pas oublier que la digitale est dans ce cas un médicament parfaitement homœopathique et qu'à cette dose, s'il dépasse son action bienfaisante, il développe rapidement tous les symptômes de l'asystolie.

Si la digitale reste inefficace et qu'aucun des médicaments homœopathiques ne réussisse à diminuer l'hydropisie, on devra tenter encore un moyen qui a donné quel-

quefois des résultats inespérés: c'est l'emploi des drastiques.

L'*eau-de-vie allemande,* administrée à la dose de 20 à 40 gr. dans du café noir, est le meilleur drastique ; il détermine des selles séreuses fort abondantes, et amène le plus souvent une diminution très-notable et très-rapide de l'hydropisie. Il faut recourir à ce moyen deux et trois fois à deux jours de distance. Jamais cette médication n'a amené une guérison ; c'est donc comme palliative que nous la conseillons ; mais ses bons effets peuvent prolonger la vie des malades pendant plusieurs mois et donner au médecin le temps d'essayer une autre médication. Il faut savoir que les drastiques ne sont pas sans inconvénients; qu'ils doivent être maniés avec prudence, parce qu'ils peuvent jeter le malade dans un collapsus fort grave ; c'est en un mot un moyen dangereux et réservé pour des cas désespérés.

HYPERTROPHIE, DILATATION,

ATROPHIE, DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE, CANCER, TUBERCULES PARASITES, ANÉVRYSMES ET RUPTURES DU CŒUR.

Nous ne dirons qu'un mot de ces lésions, dont l'histoire appartient à l'anatomie pathologique, et qui présentent un intérêt pratique très-restreint.

Les *hypertrophies* se rattachent principalement à l'existence d'obstacles à la circulation; nous en avons parlé à propos des lésions valvulaires, nous y reviendrons en parlant des maladies de l'aorte. La *dilatation* du cœur se lie constamment à une endocardite ou à une péricardite, et il n'y a pas lieu d'écrire un chapitre pour cette lésion.

L'*atrophie* du cœur est une lésion concomitante du marasme, ou déterminée par une compression, un épanchement, un amas de tissu adipeux, peut-être même par le simple progrès de l'âge. Ses signes principaux sont : la petitesse du pouls, la faiblesse et l'obscurité des bruits normaux, la pléthore veineuse et quelquefois l'hydropisie et la cyanose.

La *dégénérescence graisseuse* est la transformation du tissu musculaire en graisse. Cette transformation s'observe dans les mêmes conditions que l'*atrophie*, et, en plus, dans l'alcoolisme chronique. Cette lésion se révèle par les mêmes signes que l'atrophie du cœur. Les localisations *cancéreuses, tuberculeuses* et *parasitaires* n'offrent qu'un intérêt d'anatomie pathologique.

La *rupture du cœur*, c'est-à-dire la dilatation partielle de ce viscère, est une affection encore assez fréquente, pour que John Thurnam ait pu en réunir 80 cas. La lésion est tantôt bornée à une cavité creusée dans les parois de l'organe, tantôt elle fait dans le péricarde une saillie comparable au volume d'un œuf ou du cœur lui-même. Les signes de cette affection sont ceux qu'on a signalés dans toutes les affections organiques du cœur, et aujourd'hui il est encore impossible de faire le diagnostic de l'anévrysme vrai du cœur. Souvent cette affection est tout à fait latente ; elle se termine assez souvent par rupture et compte parmi les affections qui peuvent entraîner la mort subite.

La *rupture du cœur* est un accident qui ne s'observe que sur un cœur dégénéré et dont le tissu est malade. La mort est subite ou très-rapide. Dans ce dernier cas, elle est quelquefois précédée d'une douleur énorme sous le sternum, s'irradiant dans l'épaule et le bras gauche. La mort a lieu par syncope.

Traitement. — Je n'ai rien de particulier à dire sur le traitement de ces lésions ; ici tout est encore à faire, expériences physiologiques et observations cliniques : le médecin choisira, parmi les médicaments déjà signalés, ceux qui sont le plus indiqués par les symptômes et par la lésion.

ANOMALIES

ET AFFECTIONS CONGÉNITALES.

Elles tiennent à un arrêt de développement ou à une *endocardite* fœtale. Les anomalies s'accompagnent de la persistance du trou de Botal, de l'insuffisance des cloisons, de la persistance du canal artériel, de l'oblitération ou de l'atrophie de l'artère pulmonaire, de l'aorte, etc., etc. Les signes principaux sont : la *dyspnée* et la *cyanose ;* des *bruits du souffle* variables ; le *frémissement cataire* et les signes d'une *hypertrophie* compensatrice. Malgré une cyanose beaucoup plus prononcée que dans les autres maladies du cœur, l'*hydropisie* survient très-tardivement. Nous ne parlerons ni de l'*ectopie* ni de la *dexiocardie*.

Les *lésions valvulaires* déterminées par une endocardite congénitale ont pour caractères d'occuper le cœur droit et d'être compatibles avec un état de santé très-supportable.

ANGINE DE POITRINE.

C'est une névralgie du cœur caractérisée par une douleur subite et de courte durée accompagnée d'une angoisse excessive, de petitesse et d'irrégularité du pouls.

L'angine de poitrine se développe souvent dans le cours d'une affection organique du cœur ou de l'aorte;

elle existe alors à titre de complication. Mais elle peut survenir aussi en l'absence de toute lésion organique du cœur et des vaisseaux; et, bien que cette névralgie s'observe de préférence chez les goutteux et chez les hémorrhoïdaires, elle revêt alors les allures et la marche d'une maladie essentielle.

Le début de l'angine de poitrine est subit; tout à coup au milieu de la santé le malade est saisi d'une douleur atroce, siégeant habituellement le long du bord gauche du sternum; cette douleur suspend pour ainsi dire l'existence, et il semble au malade que si elle se prolongeait, la vie s'éteindrait : le malade s'arrête, s'appuie sur les objets qui sont à sa portée ou se serre la poitrine; il n'ose faire ni un mouvement, ni une respiration, il attend anxieux la fin de l'accès. Sa figure est pâle et crispée; son pouls petit, intermittent; la peau est froide, et dans un degré plus élevé, l'accès amène une syncope plus ou moins profonde. Au bout de quelques secondes pour les premiers accès, après un temps bien plus long quand la maladie est ancienne, la douleur cesse brusquement, le malade a quelques renvois, des urines abondantes et limpides; et il revient à une santé complète en apparence. Seulement, il conserve le souvenir de cet accès terrible et la crainte de son retour; il se sent frappé à mort.

Nous avons indiqué le siége de la douleur; habituellement elle se propage dans l'épaule et dans le bras du côté gauche, quelquefois encore assez intense, d'autres fois sous forme d'un simple engourdissement. Dans des cas plus rares, la douleur prend une autre direction : elle peut occuper le bras droit; s'étendre d'un mamelon à l'autre; traverser la poitrine d'avant en arrière, comme une épée; gagner l'épigastre, le nerf iléo-scrotal. La douleur n'augmente ni par le mouvement, ni par la

pression. La respiration n'est nullement troublée pendant l'accès; mais les mouvements du cœur sont faibles, irréguliers, suspendus.

La maladie peut se borner à un seul accès, soit qu'il ne s'en présente pas d'autres, soit que la mort arrive pendant sa durée; mais habituellement la maladie dure plusieurs années, de trois à huit ans; les accès se rapprochent et deviennent plus longs, se manifestent même au lit et dans le repos le plus complet. Pendant cette longue durée la maladie présente des alternatives de mieux et de plus mal.

Dans l'*angine de poitrine* essentielle la mort arrive pendant un accès et par syncope. La guérison peut être obtenue dans un certain nombre de cas. On a observé quelques cas dans lesquels une névralgie iléo-scrotale, ou une tuméfaction du testicule gauche est venue remplacer l'angine de poitrine.

Les causes de l'accès sont principalement la marche contre le vent ou sur un terrain qui monte, un effort, le coït, une impression morale, un trouble de la digestion.

Cette maladie est rare avant 40 ans.

La connaissance des fonctions du nerf pneumogastrique porte à penser que la névralgie siége dans les rameaux de ce nerf qui se distribue dans le plexus cardiaque, puisque l'excitation centrifuge du nerf pneumogastrique produit des symptômes fort analogues à ceux de l'angine de poitrine. Il faut savoir que, dans l'état pathologique, cette excitation peut provenir de la portion gastrique du nerf, ce qui explique comment les souffrances de l'estomac et les troubles de la digestion peuvent déterminer des accès d'angine de poitrine.

Traitement. — Les médicaments principaux sont : *sambucus, tabacum, arsenicum, nux vomica* et *spigelia*.

L'analyse physiologique, telle qu'elle est exposée dans la matière médicale de Hahnemann, ne donne pas une image exacte de l'angine de poitrine. Les médicaments que nous citons, et qui sont des médicaments du cœur, donnent des symptômes de douleurs dans le thorax, dans les omoplates, dans le dos, dans les bras; des symptômes d'anxiété et de lipothymie; mais aucun d'eux n'offre l'ensemble des symptômes qui constituent un accès d'angine de poitrine. *Arsenicum* est surtout recommandé par Hartmann. Nous nous sommes surtout bien trouvé de *sambucus* et de *tabacum*. Nous avons guéri plusieurs cas avec *nux vomica*, mais chez des hémorrhoïdaires.

L'abus du café nous ayant paru plusieurs fois avoir joué un rôle dans la production de l'angine de poitrine, on pourrait essayer *coffea cruda*.

PALPITATIONS NERVEUSES.

C'est un symptôme commun à l'*hystérie* et à l'*hypochondrie*, à la *chlorose* et à toutes les maladies dans lesquelles l'*anémie* se produit.

Ce symptôme est caractérisé par des battements précipités souvent très-énergiques, avec ou sans douleur à la région précordiale; en même temps le pouls est petit, d'autres fois cependant il est fort. Les battements du cœur peuvent être irréguliers. Quelquefois on entend un léger bruit du souffle même en l'absence de toute anémie. Ce souffle est dû à une tension anormale des valvules; il s'entend au premier temps.

Nous signalons comme un symptôme nerveux des *irrégularités* dans les battements du cœur. — Ces irrégularités passagères peuvent survenir dans le cours d'affec-

tions abdominales ou vermineuses ; elles sont souvent liées à la dyspepsie.

Toutes ces affections marchent par accès et sont séparées par des intervalles de santé complète.

Traitement. — *Coffea, nux moschata, moschus, valeriana, pulsatilla,* sont les principaux médicaments des palpitations nerveuses. *Coffea* est indiqué principalement par des palpitations violentes avec douleur au cœur et urines très-abondantes et très-limpides.—*Nux moschata,* palpitation avec tendance à se trouver mal; *pulsatilla,* palpitations surtout après le repas et souvent avec angoisse et obscurcissement de la vue ; *moschus,* palpitations avec pupilles dilatées.

Les *arrêts* dans les battements du cœur demandent principalement : *spigelia, sepia,* puis *china.*

SYNCOPE.

La syncope est une névrose du cœur, caractérisée par la faiblesse extrême et le ralentissement des battements de cet organe ; d'où résulte : la perte de connaissance, la diminution des mouvements respiratoires, le refroidissement et la *mort apparente.* — A un degré moins élevé, le pouls est encore perceptible, la connaissance à demi conservée : c'est la *lipothymie.* La syncope peut se produire indépendamment de toute autre maladie, sous l'influence de causes occasionnelles diverses ; elle constitue alors une maladie essentielle ; mais, le plus souvent, la syncope est un symptôme des maladies de cœur, de la pleurésie, des hémorrhagies, de la chlorose, des maladies dans lesquelles on observe l'anémie ou l'albuminurie, de l'hystérie et de l'hypochondrie.

L'absence du pouls, la pâleur de la face, la perte de connaissance, l'insensibilité de la respiration, suffisent pour faire diagnostiquer la syncope. Une auscultation attentive permet de percevoir de loin en loin de faibles bruits cardiaques.

Les causes occasionnelles les plus fréquentes sont : les impressions morales, la douleur, la vue ou le toucher d'un objet de dégoût, la vue du sang, etc.

Il est utile de savoir, *pour le traitement*, que la prolongation de la syncope est due à l'anémie cérébrale.

Une syncope prolongée et complète peut être mortelle en quelques minutes. Cette terminaison est très-rare dans la syncope essentielle.

Traitement. — Coucher le malade dans une position horizontale pour favoriser le retour du sang au cerveau ; projeter violemment des gouttes d'eau sur le visage dans le même but ; telle est la base du traitement de la syncope.

Dans les cas graves et quand ces moyens ne suffisent pas, il faut appliquer rapidement le *marteau de Mayor* ou la cire à cacheter enflammée sur la région du cœur. On aide à ces moyens en desserrant les malades et leur donnant beaucoup d'air.

Quand les syncopes se succèdent et qu'il y a un état lipothymique, l'*opium* à haute dose, le *vin* ou l'*eau-de-vie*, sont d'un grand secours parce qu'ils congestionnent le cerveau. Si la syncope était due à une hémorrhagie, la compression des gros troncs artériels, celle de l'aorte abdominale en particulier, est un moyen très-puissant.

La disposition à la syncope sera combattue, suivant les circonstances, par *nux moschata, aconitum, arsenicum, lachesis, vipera, curare.*

PÉRICARDITE.

La péricardite est une maladie caractérisée anatomiquement par l'inflammation du péricarde.

La péricardite est presque toujours symptomatique; elle se rencontre dans les mêmes circonstances que l'endocardite. Aussi c'est surtout l'histoire de la péricardite rhumatismale que nous possédons; elle est souvent très-bénigne et peut passer inaperçue.

Dans le cours de la diathèse purulente, la péricardite est assez fréquente, elle a pour caractère d'être purulente d'emblée.

Dans les affections organiques du cœur, la péricardite survient à titre de complication, et elle affecte presque toujours la marche chronique.

On a observé un certain nombre de cas dans lesquels l'inflammation du péricarde s'accompagnait de productions tuberculeuses. Cette affection est analogue à la péritonite et à la pleurésie tuberculeuse; sa marche est chronique.

La péricardite peut revêtir le *caractère métastatique*, c'est-à-dire remplacer une autre affection moins grave qui disparaît ou au moins diminue considérablement pendant que la péricardite se développe.

On a signalé cette péricardite dans le cours de la goutte, du rhumatisme articulaire aigu et de certaines affections de la peau.

Je l'ai vue survenir chez un enfant *scrofuleux* après la suppression brusque d'un *porrigo* du cuir chevelu.

La marche de la *péricardite métastatique* est suraiguë; elle se termine par la suppuration et est habituellement mortelle.

La péricardite peut encore se développer par la propagation de l'inflammation de la plèvre ou du poumon.

La *péricardite essentielle* est plus fréquente chez les hommes dans une proportion très-considérable. On doit attribuer cette fréquence aux excès, aux travaux pénibles et aux refroidissements plus fréquents chez l'homme que chez la femme. On a signalé des épidémies de péricardite.

La péricardite présente certainement plusieurs formes. Ainsi il y a des cas où la maladie est très-bénigne, d'autres où elle a été mortelle en moins de quarante-huit heures; quelquefois elle est chronique d'emblée. Mais, comme les auteurs n'ont pas distingué suffisamment la péricardite symptomatique, métastatique et essentielle, nous ne possédons point les éléments nécessaires pour faire l'histoire de ces formes, et nous décrirons seulement la maladie telle qu'elle se montre habituellement.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, on divise la péricardite en deux grandes classes : *péricardite sèche, péricardite avec épanchement.*

La péricardite sèche correspond à la forme bénigne. C'est celle que l'on observe le plus souvent dans le rhumatisme; et encore quand l'inflammation du péricarde n'est qu'une complication de l'endocardite.

La péricardite de forme commune s'accompagne toujours d'épanchement; elle débute par un mouvement fébrile peu marqué, de la frilosité plutôt que des frissons; l'absence d'une réaction franche; le pouls petit et irrégulier. En même temps *une douleur* quelquefois très-vive, d'autres fois bornée à un sentiment de malaise, se localise à la région précordiale; cette douleur augmente par la toux et les efforts de la respiration. D'après certains auteurs, elle indiquerait toujours une complication : l'inflammation de la plèvre qui avoisine le péricarde; des *palpitations* irrégulières et survenant par accès; une

dyspnée déjà très-notable, achèvent de caractériser le début de la maladie.

Les progrès de la péricardite sont marqués par l'augmentation de la dyspnée et un état lipothymique très-remarquable. Plus tard, si la maladie doit avoir une terminaison funeste, il survient de la somnolence, un délire tranquille, puis du coma; d'autres fois, les malades éprouvent des accès de suffocation considérables. Le pouls de cette forme de péricardite est caractéristique, il est petit, irrégulier et faible; dans les cas graves sa faiblesse est telle qu'au sphygmographe il donne une ligne à peine ondulée. J.-P. Tessier attribuait la faiblesse du pouls, la tendance aux lipothymies et les syncopes mortelles qui terminent quelquefois la péricardite à la paralysie des muscles cardiaques, paralysie qui est une suite nécessaire de l'inflammation de sa membrane d'enveloppe. A cette paralysie se rattache encore la dilatation énorme du cœur qui accompagne si souvent la péricardite.

Signes physiques de la péricardite sans épanchement. Ces signes se bornent à deux : une certaine lenteur dans le mouvement de retrait de la pointe du cœur qui semble adhérer à la paroi thoracique; un bruit de *frottement*. Le bruit de frottement se distingue du souffle : 1° par son *siége* qui est habituellement la partie moyenne du cœur, tandis que le souffle occupe les quatre points d'élection que nous avons déterminés; 2° par le *temps* de la révolution cardiaque auquel il se montre. Il peut avoir lieu pendant la systole et la diastole, mais il est irrégulier et empiète d'un temps sur l'autre; souvent il correspond au petit silence, entre le premier et le second bruit, et constitue une variété du *bruit de galop* ou *bruit de rappel* qui se compose de trois bruits : premier bruit du cœur, bruit de frottement pendant le petit silence, puis second bruit

du cœur. Cet enchaînement de bruit est pathognomonique des fausses membranes dans le péricarde.

Signes physiques quand l'épanchement est formé. Matité, éloignement des bruits du cœur et du choc cardiaque, disparition du bruit de frottement, tels sont les phénomènes nouveaux qui indiquent la présence d'un épanchement. Nous n'avons qu'une seule remarque à ajouter, c'est que la matité n'est pas toujours proportionnelle avec la quantité de l'épanchement. Quelquefois des adhérences entre la face externe du péricarde et le poumon fixent et immobilisent celui-ci dans une position où il recouvre moins le cœur que dans l'état normal, et la matité est augmentée même sans épanchement; mais cette cause d'erreur est facile à éviter, parce que la fixité du poumon empêche la matité de varier pendant l'inspiration et pendant l'expiration; mais principalement parce que la palpation et l'auscultation permettent de constater que le cœur ne s'est pas éloigné de la paroi thoracique. Dans d'autres cas, les adhérences empêchent l'épanchement de prendre une grande extension en avant: le cœur est repoussé profondément vers la colonne vertébrale, et la matité est bien moindre que l'épanchement. Quand l'épanchement est abondant, il existe une *voussure* notable.

Signes physiques quand l'épanchement est résorbé. Diminution et disparition de la matité, retour des bruits de frottement qui peuvent persister pendant toute la vie des malades. Dans le cas où il existe une adhérence générale du péricarde et du cœur, et que des adhérences pleuro-péricardiques unissent le cœur avec les parois thoraciques et le diaphragme, ces parois suivent les mouvements du cœur, et, à chaque systole, elles subissent un mouvement de retrait proportionnel avec l'étendue de l'adhérence. Quand ces adhérences sont générales, les

régions épigastrique, précordiale et même hypochondriaque, sont agitées d'un mouvement ondulatoire caractéristique. Si les adhérences existent seulement entre la pointe et la paroi thoracique, à chaque mouvement systolique cette paroi subit un mouvement de retrait. La diastole du cœur s'accompagne alors d'un mouvement de propulsion, dû à l'élasticité des parois du thorax qui reprennent brusquement leur place, après avoir été entraînées par la systole cardiaque. Quand il n'y a pas d'adhérences entre la surface externe du péricarde et les parois du thorax, ces signes manquent complétement.

La péricardite peut se terminer par la guérison complète ou par la mort; mais souvent elle se prolonge indéfiniment à l'*état chronique*. La mort peut encore survenir soit par syncope, soit par un retour à l'état aigu, soit à la suite des lésions qui se développent dans le cœur. La lésion la plus fréquente dans ce cas est la *dilatation du cœur* avec *amincissement* de ses parois et souvent *dégénérescence* de son tissu musculaire. Cet état, quand il est prononcé, entraîne la pléthore veineuse, les hydropisies et les autres symptômes des maladies organiques du cœur. Telles sont les terminaisons et les suites habituelles de la péricardite, auxquelles il faut ajouter la complication fréquente de l'endocardite avec ses suites particulières.

Nous serons très-court sur l'anatomie pathologique de cette maladie. Un *épanchement séreux* et des *fausses membranes* en proportions diverses; le mélange d'une petite quantité de sang et de pus à l'épanchement; dans certains cas, un épanchement entièrement purulent. Les *fausses membranes*, continuellement battues par les mouvements du cœur, présentent souvent un aspect réticulé qu'on a comparé à la figure présentée par deux tartines de beurre qu'on séparerait violemment l'une de l'autre. Plus tard, l'épanchement se résout, des adhérences plus ou moins

complètes s'établissent et gênent plus ou moins les mouvements du cœur.

Traitement. — *Aconitum* est encore ici le médicament de début; on le remplace par *cantharis* ou par *apis* quand il existe un épanchement considérable. *Arsenicum* est le médicament principal après *apis* et *cantharis;* il est indiqué par l'orthopnée et la tendance aux syncopes.

Ces médicaments seront prescrits à la 3e dilution et à doses répétées. S'il n'y a point d'effet produit, on descendra à la 2e, à la 1re et à la substance elle-même.

La ponction du péricarde a été pratiquée dans quelques cas de suffocation imminente et a été suivie de succès.

HYDROPÉRICARDE.

L'hydropisie du péricarde survient dans les mêmes circonstances que les autres hydropisies des séreuses : les maladies organiques du cœur et l'albuminurie.

Cette affection est caractérisée par une matité énorme, l'éloignement des bruits du cœur, la voussure, le pouls petit, irrégulier, intermittent, des palpitations, mais principalement une dyspnée considérable avec accès de suffocation et un état lipothymique fort notable.

C'est là une complication fort grave de maladies très-graves elles-mêmes : c'est souvent un phénomène ultime.

Traitement. — C'est le traitement de l'affection principale : *iodium* et *arsenicum* sont indiqués de préférence, parce qu'ils répondent à l'ensemble des symptômes.

AORTITE.

Au commencement de ce siècle, on a voulu faire de l'inflammation des artères la lésion des *fièvres* dites *inflammatoires*. Par une réaction exagérée contre cette erreur, on a ensuite nié la fréquence de l'artérite, et, aujourd'hui encore, l'histoire de l'aortite est restée très-obscure. Les travaux de Virchow pour l'anatomie pathologique, et ceux de Bizot, de J.-P. Tessier sur l'évolution et la distinction des symptômes propres à l'aortite, nous permettent cependant de donner une description de cette affection.

L'aortite présente deux formes : la *forme commune*, à marche chronique : c'est de beaucoup la plus fréquente et la mieux connue; la *forme aiguë*, à marche rapide, affection extrêmement rare et qui n'est pas admise par tous les auteurs. Ajoutons enfin que, le plus souvent, l'aortite se complique d'une affection du cœur, en sorte que Tessier avait décrit une *cardo-aortite*.

Forme commune. — La lésion est constituée par la formation d'*épaississement gélatineux* et *cartilagineux* de la tunique interne, et par la dégénérescence *graisseuse* et *crustacée* de ces épaississements, d'où proviennent les *athéromes* et la formation de *lamelles osseuses* irrégulières. Ces lésions sont distribuées par plaques plus ou moins nombreuses, plus ou moins serrées. Elles *pavent*, pour ainsi dire, l'aorte depuis son origine jusqu'à sa crosse; elles diminuent ensuite. Plus tard, ces plaques s'ulcèrent, les athéromes se vident, les plaques osseuses font saillie dans la cavité artérielle. Les conséquences de cette

lésion sont encore la perte d'élasticité des parois artérielles, la dilatation et les anévrysmes.

Cette affection, presque toujours symptomatique de la goutte, des hémorrhoïdes et de la dartre, peut cependant être essentielle. Elle débute rarement avant 40 ans, et le plus souvent à la fin de l'âge viril. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et reconnaît pour cause occasionnelle principale la bonne chère, et en particulier l'abus des spiritueux.

Cette maladie débute très-lentement et d'une manière insidieuse. On note d'abord des changements dans le caractère, de la tristesse, de la perte d'activité, des insomnies avec agitations nocturnes, et enfin un peu de dyspnée. Cette dyspnée, d'abord passagère, devient habituelle, et, jointe à l'agitation nocturne, elle rend les nuits insupportables. Cependant la maladie fait des progrès ; à la dyspnée se joint une toux avec expectoration spumeuse, des accès de suffocation, et de l'œdème, le soir, autour des malléoles. Souvent, alors, on observe une douleur dans le haut de la poitrine, à droite du sternum, ou tout à fait à la région précordiale. Les signes physiques sont presque toujours négatifs tant qu'il n'existe aucune complication cardiaque. Cependant, Marey a signalé un pouls particulier qui, entre la branche ascendante et la branche descendante, trace, pour sommet, une sorte de plate-forme ; la branche descendante est dépourvue de dicrotisme. Enfin, il existe quelquefois un bruit de souffle aortique.

Cette affection est le plus souvent symptomatique : de là une grande variété dans la marche et dans la prédominance des symptômes ; de là encore une guérison ou au moins une amélioration considérable, par l'apparition d'hémorrhoïdes, d'arthrite goutteuse, ou d'affections cutanées. On observe encore dans le cours de cette affection :

l'asthme cardiaque, les névralgies diverses et l'angine de poitrine.

L'hydropisie fait des progrès, et la cachexie s'établit définitivement; l'œdème envahit les parties supérieures et les grandes cavités; les jambes, énormément distendues s'ulcèrent; la dyspnée empêche le malade de se coucher; l'insomnie est complète, le pouls devient petit, irrégulier; souvent il survient une somnolence comateuse, et les malades périssent par le cerveau. D'autres fois, c'est la suffocation, l'asphyxie ou la syncope qui termine la maladie. Dans les derniers jours, il survient de petites ecchymoses, du purpura et des plaques de gangrène.

Forme aigue. — Nous possédons très-peu d'observations d'*aortite aiguë*; la plus complète est celle publiée par Bizot.

La maladie débute par de l'œdème avec une fièvre violente, le pouls fréquent et régulier. La dyspnée apparaît dès les premiers jours et suit une marche ascendante; l'agitation nocturne et l'insomnie de la forme commune se retrouvent ici; la dyspnée augmente de plus en plus, et les malades succombent habituellement, vers la fin du premier septénaire, aux progrès de l'asphyxie ou dans la syncope; l'intelligence reste intacte jusqu'à la mort.

La lésion trouvée par M. Bizot dans trois observations a été une fausse membrane tapissant l'aorte. D'autres auteurs ont trouvé des abcès enkystés.

Traitement. — Dans la forme aiguë de l'aortite, *aconitum* est encore le médicament principal; *apis mellifica* conviendrait peut-être aussi dans ce cas. Dans l'aortite chronique, *arsenicum* et *lachesis* sont les deux principaux médicaments; *nux vomica* convient surtout quand l'affection

est de nature hémorrhoïdaire. Pour compléter ce chapitre, il faut se reporter à ce que nous avons dit du traitement des affections organiques du cœur et des maladies dont l'aortite est un symptôme.

RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DE L'AORTE.

Le rétrécissement de l'aorte est habituellement *congénital*; le rétrécissement acquis se lie à une aortite chronique ou à l'existence d'une tumeur.

C'est au point d'origine du canal artériel, par conséquent au-dessous de la sous-clavière gauche, que s'observe le *rétrécissement congénital*. Ce vice de conformation a pour résultat l'hypertrophie excentrique du ventricule gauche, et le développement d'une circulation collatérale considérable qui met en communication la partie de l'aorte située au-dessus du rétrécissement avec celle située au-dessous. Ces communications se font principalement par l'intercostale supérieure, la mammaire interne et l'épigastrique supérieure. Les sus et sous-scapulaires, toutes les intercostales, énormément dilatées, communiquent ensemble et sont visibles sur les côtés du thorax.

On trouve de même des artères dilatées au dos, en bas du scapulum et à l'épigastre. En même temps, la crurale, la poplitée et les artères des membres inférieurs présentent des pulsations très-faibles et quelquefois n'en présentent pas du tout.

La vie est compatible avec cette lésion; cependant il arrive fréquemment que l'hypertrophie compensatrice devient insuffisante, la pléthore veineuse et toutes ses

conséquences se déclarent, et les malades meurent comme dans les maladies du cœur.

Le *traitement* ne peut qu'être palliatif et doit tendre à augmenter la force du ventricule gauche et à diminuer la pléthore veineuse. Les médicaments indiqués à propos des affections des orifices du cœur doivent être consultés.

ANÉVRYSME DE L'AORTE.

L'anévrysme de l'aorte est *une tumeur* constituée par la dilatation partielle, soit de toutes les tuniques de l'artère, soit seulement de la tunique externe avec rupture de la membrane moyenne et interne. Les divisions classiques en anévrysmes *vrai*, *mixte externe* et *mixte interne*, n'ont qu'un intérêt d'anatomie pathologique, parce que le même anévrysme peut offrir ces variétés de lésions aux différentes périodes de son existence. La communication de l'anévrysme avec l'une des oreillettes ou avec une grosse veine ne constitue pas une espèce à part : c'est la terminaison particulière de certains anévrysmes ; l'affection prend alors le nom d'*anévrysme artérioso-veineux*.

Quelquefois les anévrysmes de l'aorte ne déterminent aucune souffrance notable ; les malades ne consultent pas ; dans ce cas, la rupture prématurée de la poche anévrysmale et la mort subite, sont les premiers et derniers symptômes de la maladie. Mais, le plus souvent, des symptômes dus à la compression, au ralentissement et aux troubles de la circulation attirent l'attention du médecin, et l'examen vient confirmer par des *signes physiques* l'existence de l'anévrysme.

Les symptômes de compression varient avec le siége de l'anévrysme. L'anévrysme de l'*aorte ascendante* détermine la compression du poumon et des grosses bronches, ainsi que la compression de l'oreillette droite et de la veine cave supérieure : de là, une dyspnée notable, de la toux avec sifflement, la dilatation des veines de la tête, du thorax et des membres supérieurs ; l'hydropisie limitée à ces régions ; et souvent des symptômes de compression du cerveau.

L'anévrysme de la *crosse de l'aorte* comprime les nerfs pneumo-gastrique, le plexus brachial, la trachée, l'œsophage, le *tronc innominé* ou la *sous-clavière gauche*, d'où résultent la dyspnée laryngée revenant par accès, et allant jusqu'à la suffocation par paralysie des muscles de la glotte ; l'enrouement, la raucité de la voix et l'aphonie ; la toux avec sifflement, la dysphagie, l'inégalité, la petitesse et la suppression du pouls radial d'un côté, et des douleurs névralgiques s'irradiant dans l'un des bras.

L'anévrysme de l'*aorte thoracique* fait naître de violentes douleurs dans le dos ; la compression du poumon et de l'œsophage, l'impossibilité d'étendre la colonne vertébrale et quelquefois la paraplégie par suite de l'usure des vertèbres.

Les symptômes déterminés par l'anévrysme de l'*aorte abdominale* sont très-nombreux. Les douleurs névralgiques sont souvent intolérables : elles résultent de la compression du plexus lombaire. La dyspnée est produite par l'extension de la tumeur vers le diaphragme ; la constipation, les vomissements, par la compression de l'estomac et de l'intestin ; l'ictère, par la compression du foie ; la retention d'urine, par la compression des reins et des uretères. L'usure de la colonne vertébrale détermine des douleurs atroces et quelquefois la paraplégie.

Signes physiques. Au début de la maladie, on peut souvent sentir, au lieu d'élection, un double battement. Ce double battement se perçoit avec l'extrémité du doigt dans un point très-limité. La *vue* constate directement le double soulèvement des téguments, surtout si on prend soin de se placer de manière que l'œil soit sur une ligne horizontale, en face de la lésion.

Dans un degré avancé de la maladie, la *palpation* permet de reconnaître une tumeur, *habituellement pulsative* et *réductible* jusqu'à un certain degré. Cette tumeur irrégulièrement globuleuse, à large base, apparaît le plus souvent au côté droit du sternum et sous la clavicule. Les autres points où elle se montre ensuite sont, par ordre de fréquence, le côté gauche dans la même région qu'à droite; à travers le sternum lui-même, usé par la tumeur; au cou, soit à droite, soit à gauche; dans le dos, le long de la colonne vertébrale, ou sous l'angle de l'omoplate gauche.

Quand la tumeur n'apparaît pas à l'extérieur, la *percussion* permet de reconnaître son existence, elle donne lieu à une matité absolue.

L'*auscultation* donne, dans l'anévrysme de l'origine de l'aorte, un double battement, en sorte qu'il existe comme deux centres cardiaques. Ce double battement s'accompagne d'un double bruit; le premier, véritable bruit de diastole artérielle; le second, simple transmission du deuxième bruit du cœur; aussi, le deuxième temps disparaît dans les anévrysmes de l'aorte abdominale; et il est remplacé par un bruit de souffle, quand il existe une insuffisance aortique. Le plus souvent, la poche anévrysmale donne elle-même lieu à un bruit de souffle double. Le premier, beaucoup plus fort et plus constant, est produit par l'entrée du sang, dans la cavité anormale; il correspond à la systole du cœur et à la diastole artérielle.

Le second plus faible, manque souvent; il correspond soit à la sortie du sang de l'anévrysme, soit à sa rentrée; par suite de la systole artérielle, il correspond à la diastole cardiaque. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a des anévrysmes de l'aorte, sans aucun bruit de souffle.

Parmi les signes les plus certains, il faut compter ceux tirés du pouls. Quand la tumeur anévrysmale comprime la sous-clavière ou le tronc innominé, le pouls radial est beaucoup plus petit d'un côté que de l'autre, et même il peut manquer totalement. Le retard du pouls sur la systole du cœur est encore un signe d'une très-grande valeur. La compression de la tumeur fait quelquefois disparaître ce retard.

La *marche* de l'anévrysme de l'aorte est habituellement très-lente; elle présente des périodes pendant lesquelles l'affection reste stationnaire, et d'autres d'accroissement rapide; alors la tumeur devient douloureuse et augmente rapidement comme par une recrudescence de l'artérite. Lorsque la tumeur, après avoir usé les parois thoraciques, fait saillie au dehors, la plupart des phénomènes de compression cessent comme par enchantement et les malades éprouvent un soulagement marqué.

La *terminaison* de l'anévrysme de l'aorte est quelquefois la guérison. Les battements de la tumeur diminuent, puis disparaissent; la tumeur décroît lentement et finit par disparaître à peu près complétement.

Mais le plus souvent l'anévrysme se termine par rupture et par une hémorrhagie rapidement mortelle. La rupture peut être prématurée et avoir lieu à la suite d'un effort musculaire, d'une quinte de toux, d'un vomissement; elle peut être le résultat de la gangrène ou de l'altération de la tumeur.

Le lieu où se fait l'ouverture de l'anévrysvme varie suivant la partie de l'aorte qui en est le siége. Souvent elle

s'ouvre dans le péricarde, et la mort survient plutôt par compression du cœur que par hémorrhagie ; l'anévrysme peut encore s'ouvrir dans l'une des plèvres, dans le tissu pulmonaire corrodé et usé, dans les bronches et la trachée, dans l'œsophage, à l'extérieur.

L'anévrysme de l'aorte abdominale peut s'ouvrir dans l'estomac, dans l'intestin, dans le péritoine, et même dans la poitrine quand il a usé le diaphragme. On se rend facilement compte des symptômes produits par ces terminaisons différentes. Nous ajouterons seulement que tantôt l'ouverture est très-grande et la mort subite ; tantôt l'ouverture est petite, et la vie peut se prolonger plusieurs heures et même plusieurs jours.

Nous avons réservé pour une description à part les cas où l'anévrysme communique avec le système veineux. Cette communication peut se faire par l'ouverture de l'anévrysme dans l'artère pulmonaire, dans l'oreillette et le ventricule droits, dans la veine cave supérieure et dans la veine cave inférieure. Cette terminaison, qui n'est pas immédiatement mortelle, mais qui permet au malade de vivre encore quelques semaines et même quelques mois, s'annonce brusquement par une syncope plus ou moins profonde. Quand l'anévrysme communique avec le cœur droit ou l'artère pulmonaire, il en résulte une pléthore veineuse générale, d'où naissent la cyanose, le gonflement et l'état variqueux des veines et l'œdème. Si on ouvre une veine, le sang s'écoule par un jet saccadé et présente une couleur plus rouge que celle du sang veineux. Cette terminaison détermine en outre un état de congestion des poumons.

Quand la communication a lieu avec la veine cave supérieure, les mêmes phénomènes ont lieu pour la partie supérieure du corps ; quand c'est la veine cave inférieure

qui communique avec l'anévrysme, la pléthore veineuse ou l'œdème occupe la partie inférieure du corps. Indépendamment de ces symptômes, on observe un bruit de souffle continu, accompagné d'une sensation de frémissement ou *trille*, dont le summum d'intensité est au point de communication et qui se continue dans les grosses veines.

Enfin, très-fréquemment, les anévryses de l'aorte déterminent la mort par asphyxie, par oblitération d'une artère principale, d'où résulte la gangrène d'un membre ; ou, quand c'est la carotide qui est oblitérée, le ramollissement du cerveau ; ils se terminent encore par la cachexie propre aux maladies organiques du cœur. Leur durée est habituellement de trois à dix ans.

Traitement. — Malgré l'extrême gravité de cette affection, nous ne devons pas perdre de vue qu'il y a des exemples authentiques de guérison complète par le traitement de Valsalva, c'est-à-dire par les saignées et la diète, portées à ce point qu'elles amènent une faiblesse telle que le malade ne peut plus *lever la main de dessus son lit.*

Je ne connais point de médicaments qui produisent un anévrysme chez l'homme sain et l'analyse des symptômes ne distingue pas suffisamment ce qui appartient à l'aorte et au cœur. Nous sommes donc réduit, pour le traitement de l'anévrysme de l'aorte, aux renseignements cliniques, qui eux-mêmes sont extrêmement pauvres.

Lachesis, lycopodium, carbo vegetabilis et *pulsatilla* ont donné quelques succès. Ce sont donc ces médicaments qu'il faudra prescrire suivant les indications de chaque cas particulier.

ARTÉRITE.

De nombreuses objections ont été faites sur l'existence de l'artérite. L'étude histologique des vaisseaux a démontré que la membrane interne n'était point une séreuse, mais une membrane privée de vaisseaux et ayant quelque analogie avec le tissu cartilagineux. On a conclu de ce fait anatomique que l'inflammation de la membrane interne était une chimère; que la coagulation du sang dans les vaisseaux était due, soit à des *embolies* (1), soit à une mofication inconnue du sang, qui le rendait beaucoup plus coagulable.

Mais, comme l'observation démontre qu'au point où se fait l'oblitération, il existe toujours une inflammation artérielle, les médecins qui rejettent l'artérite ont décrit cette altération comme une lésion consécutive à la présence de l'embolie. Une opinion mixte s'est formée; elle reconnaît que l'oblitération artérielle est due tantôt à une artérite primitive, tantôt à une embolie, tantôt à une coagulation spontanée du sang. On a fait des études très-minutieuses pour distinguer les *caillots autochthones*, c'est-à-dire développés sur place, des *caillots migrateurs*. On a aussi cherché à distinguer la suppuration véritable qui termine quelquefois la phlébite et l'artérite, d'une *transformation puriforme* des caillots. Il nous suffira d'avoir exposé le résumé des travaux modernes sur ce point intéressant; nous ne pouvons pas en entreprendre la dis-

(1) On appelle *embolie* un débri fibrineux, ou même une portion osseuse d'une artère malade, ou encore un débri de valvule lancé dans la circulation et venant oblitérer une artère ou une veine. Quand c'est un caillot qui constitue l'*embolie*, on l'appelle *caillot migrateur*.

cussion dans un *traité pratique*. Nous allons décrire maintenant, en lui conservant provisoirement son ancienne dénomination d'*artérite*, l'affection des artères qui a pour résultat la formation d'un caillot obturateur et d'une gangrène consécutive (1).

L'artérite est habituellement symptomatique de la goutte ou du diabète. Elle s'observe plus souvent dans un âge avancé, mais cependant il y a des cas de *gangrène* improprement appelée *senile*, dans la jeunesse. La maladie débute habituellement par des douleurs qui suivent le trajet des vaisseaux et quelquefois par un mouvement fébrile mal caractérisé ; la douleur, dans un grand nombre de cas, est excessive ; elle torture littéralement les malades. D'autres fois elle est nulle ou à peu près nulle ; le membre où se distribue l'artère malade est le siége d'un sentiment de fourmillement et d'une sorte d'insensibilité au toucher ; il se refroidit, et en même temps on constate la disparition des pulsations artérielles. La gangrène se montre alors ouvertement par une teinte bleuâtre qui frappe habituellement l'extrémité du membre. La région qui se gangrène est souvent le siége d'une sensation de brûlure ; des phlyctènes se développent, et une gangrène sèche manifeste s'empare de toute la région qui est privée de la circulation artérielle.

La gangrène se limite plus ou moins promptement, et la terminaison heureuse est en rapport avec le rétablissement de la circulation collatérale. Dans tous les cas, que la gangrène soit limitée à une phalange ou à tout un membre, une inflammation ulcérative circonscrit la gangrène ; un sillon de plus en plus profond se creuse entre

(1) A l'article Aortique, on trouvera la description anatomique de l'artérite chronique ; au chapitre des Affections du cerveau, nous avons tenu grand compte de l'*artérite chronique* dans la pathogénésie des *hémorrhagies* et des ramollissements.

la partie morte et la partie vivante, et le sphacèle est éliminé.

Le *traitement* de cette affection est encore fort pauvre au point de vue clinique. Les auteurs recommandent les mêmes médicaments que dans la gangrène : *arsenicum, china, lachesis, carbo vegetabilis.* Nous ne reviendrons pas sur les signes qui feront choisir un de ces médicaments de préférence aux autres, nous l'avons dit bien des fois; mais je recommande tout spécialement, dans le traitement de la *gangrène des extrémités, secale cornutum.* Ce médicament est indiqué par les symptômes suivants : sphacèle des extrémités avec sensation de fourmillement et de brûlure; douleur de crampe extrêmement violente. J'ai employé ce médicament avec succès dans le seul cas où je l'ai administré.

PHLÉBITE.

La *phlébite* est caractérisée anatomiquement par l'inflammation des veines. Cette inflammation est très-souvent symptomatique; on l'observe surtout dans la *diathèse purulente,* mais elle est fréquente aussi dans la *diathèse cancéreuse,* dans les *scrofules,* dans le cours et à la fin des *fièvres,* elle complique fréquemment les *varices;* enfin, elle peut se développer comme affection de voisinage, quand une veine se trouve englobée dans une atmosphère inflammatoire.

On a bâti sur la *phlébite* une théorie célèbre pour l'explication des abcès métastatiques. Nous ne ferons ni l'exposition, ni la critique de cette théorie, nous constaterons seulement les *deux faits* suivants, parce qu'ils ont une très-grande importance : 1° La suppuration des veines

est un symptôme fréquent de la diathèse purulente ; 2° cette lésion a, au même titre que les autres suppurations, mais à un degré plus élevé, un rapport *étiologique* évident avec cette maladie, c'est-à-dire qu'elle sert d'*occasion* à son développement.

En dehors des théories et des systèmes, l'histoire de la *phlébite* est excessivement simple; elle présente deux formes : la *phlébite adhésive* et la *phlébite suppurée*.

Phlébite adhésive. C'est souvent une affection très-bénigne et qui ne s'accompagne même pas de fièvre ; mais le plus souvent un mouvement fébrile accentué, à marche rémittente et quelquefois intermittente, accompagne l'inflammation veineuse. Les symptômes locaux sont fort importants. La veine se présente sous la forme d'un cordon plein, dur et douloureux. Cette douleur est sourde ; elle augmente par la pression et par le mouvement, et présente des redoublements spontanés. La peau rougit sur le trajet des veines quand celles-ci sont superficielles. Au bout de quelques jours, un septénaire au plus, le mouvement fébrile tombe, la douleur cesse et le malade est guéri ; seulement il conserve une oblitération des veines pendant plusieurs mois. Quand c'est une veine principale qui est atteinte, il y a toujours un certain degré d'œdème.

Cette maladie peut survenir spontanément; elle se développe souvent à la suite de la phlébotomie. Quand elle survient dans le cours d'une diathèse cancéreuse ou de la scrofule, les symptômes fébriles sont habituellement nuls et la douleur peu marquée. L'œdème est alors le symptôme dominant.

Phlébite suppurée. Elle débute avec un appareil fébrile beaucoup plus considérable que la forme précédente ; il il y a des frissons plus marqués et un état d'abattement

plus considérable. Le cordon formé par la veine enflammée n'est pas aussi net que dans la phlébite adhérente, mais il est entouré d'un œdème inflammatoire plus ou moins considérable ; la peau rougit fortement sur le trajet de la veine. Après quelques jours de durée, vers la fin du premier septénaire, on constate sur un ou plusieurs points une fluctuation évidente. L'*abcès* ainsi formé est d'abord extra-veineux ; mais il se réunit plus ou moins vite avec l'abcès veineux. Cette collection est ouverte ou s'ouvre spontanément ; la fièvre tombe ; la suppuration cesse ; la cicatrice se fait, et la guérison est complète ; mais la veine est pour jamais oblitérée. C'est pendant cette période de suppuration que l'on voit quelquefois les individus prédisposés être pris de diathèse purulente.

L'histoire anatomique de la phlébite comprend l'inflammation avec friabilité des parois, la coagulation du sang ; et dans la phébite suppurée la transformation en pus du caillot, son enkystement, la suppuration de la gaîne du tissu conjonctif ; la suppuration et l'ulcération des tuniques veineuses, et la réunion en une seule collection de tous ces foyers de suppuration. La théorie de l'*embolie*, de la coagulation spontanée du sang, l'inflammation consécutive de la veine, la distinction du pus véritable et de la décomposition puriforme du caillot intra-veineux se retrouvent ici comme dans l'artérite et ont la même valeur.

Traitement. — *Aconitum, mercurius* et *pulsatilla* sont les trois médicaments principaux de la phlébite. La matière médicale et la clinique homœopathique sont à peu près nulles sur ce point de thérapeutique. Bœnninghausen indique *arsenicum* et *pulsatilla* dans le traitement des varices enflammées. *Hamamelis* a été indiqué tout récemment dans la phlébite. Le *collodion* est d'un grand secours dans le traitement des phlébites superficielles.

ANGIOLEUCITE.

L'histoire de l'angioleucite se place immédiatement après celle de la phlébite. Comme cette dernière affection, l'inflammation du vaisseau lymphatique est presque toujours symptomatique, et elle joue le même rôle que la phlébite vis-à-vis de la diathèse purulente. Une cause plus particulière et très-fréquente du développement de l'angioleucite est l'existence d'une petite plaie.

Quand l'affection est intense, les symptômes sont : un mouvement fébrile, qui manque dans les cas bénins ; la rougeur de la peau par traînées, suivant le trajet des lymphatiques ; une douleur brûlante sur les points malades ; un gonflement moins circonscrit que celui de la phlébite, et surtout le gonflement douloureux du ganglion lymphatique, où se rendent les vaisseaux enflammés. Si l'affection s'aggrave, la rougeur s'étend, ressemble un peu à celle de l'érysipèle, sauf qu'elle ne présente pas de relief et qu'elle est plus diffuse ; des abcès se forment sur le trajet des lymphatiques et dans les ganglions malades.

Traitement. —*Belladona* et *solubilis* 3e dilution, alternés toutes les deux heures, constituent le traitement interne de cette affection. On aidera puissamment à la guérison en recouvrant les parties malades d'une couche épaisse de collodion élastique. Quand l'angioleucite est le symptôme d'une diathèse purulente, le traitement est celui de cette maladie.

VARICES.

On désigne sous ce nom une hypertrophie partielle et irrégulière du système veineux. Cette hypertrophie se traduit par l'augmentation du volume des veines, tant dans leur calibre que dans leur longueur. Les veines variqueuses, devenues trop longues, décrivent des flexuosités qui n'existent pas à l'état physiologique ; leur calibre devient trois ou quatre fois plus volumineux que dans l'état normal, et les veinules, qui n'étaient pas visibles dans l'état de santé, prennent un développement très-appréciable. La dilatation des veines variqueuses est irrégulière, en sorte que leur trajet présente des gonflements qui siégent le plus souvent au niveau des valvules. Quelquefois, une ou deux de ces dilatations deviennent énormes, et constituent une sorte de tumeur veineuse analogue aux anévrysmes. Les parois des veines sont épaissies d'une manière générale ; elles sont amincies dans quelques points : c'est la tunique moyenne qui est hypertrophiée. Quand les varices sont anciennes, les parois veineuses s'ossifient par places ; à ce moment, elles sont plus ou moins adhérentes au tissu cellulaire ambiant et à la peau.

Les varices siégent principalement sur les veines superficielles des membres inférieurs ; on en observe cependant aux membres thoraciques et sur les grosses veines profondes, veines caves, azygos et sous-clavières.

Les varices s'accompagnent d'un sentiment de pesanteur et de fatigue dans le membre variqueux. Ce sentiment de malaise disparaît habituellement dans la position couchée.

Les accidents des varices sont la *douleur*, l'*inflammation*, la *rupture* et l'*ulcère variqueux*.

La *douleur* peut se présenter indépendamment de toute inflammation ; elle se développe surtout dans les temps humides ; elle suit manifestement les trajets veineux, et est quelquefois assez forte pour empêcher le malade de marcher.

L'*inflammation* amène une phlébite habituellement adhésive. C'est un accident douloureux qui s'accompagne de fièvre, au moins à son début ; qui retient le malade au lit et à la chambre pendant trois semaines ou un mois.

Cette phlébite se caractérise par des douleurs fort vives, l'induration et l'immobilisation des cordons variqueux, et la rougeur de la peau. Elle peut se terminer par suppuration et entraîner tous les accidents de la phlébite. (Voir ce mot.)

La *rupture* des veines variqueuses est assez rare ; elle détermine une hémorrhagie, souvent fort abondante, mais facile à arrêter par la compression. Quand c'est une varice de la veine cave qui se rompt, la mort est très-rapide.

Ulcère variqueux. Des inflammations successives amènent l'adhérence des veines et de la peau ; puis à la longue son inflammation chronique et son ulcération. Les ulcères variqueux sont saignants, douloureux et extrêmement rebelles. Si on les néglige, ils gagnent du terrain chaque année et finissent par conduire le malade à une impotence complète.

Etiologie. — Les varices se développent surtout de 30 à 60 ans ; plus tard, elles tendent à diminuer. La *grossesse* chez les femmes prédisposées est une cause puissante des varices. Il ne faut pas accepter les assertions des iatro-mécaniciens qui veulent toujours tout expliquer par une cause mécanique et qui attribuent les varices chez les femmes enceintes au développement de l'utérus.

Les varices apparaissent dès les premières semaines de la grossesse et avant que l'utérus puisse comprimer les veines iliaques; elles constituent même un très-bon signe diagnostique du début de la grossesse.

La station debout, la marche, la pression mécanique sur le trajet des grosses veines, *occasionnent* le développement des varices, mais seulement chez les sujets *prédisposés*.

Traitement. — L'usage d'un bas en caoutchouc est le meilleur traitement des varices; il s'oppose au développement de la maladie et prévient à coup sûr tous les accidents.

Clematis vitalba, arsenicum, lycopodium, pulsatilla, china et *hamamelis,* sont les médicaments propres à combattre les divers accidents que nous avons signalés. *Clematis vitalba* est un médicament que j'ai très-souvent employé pour combattre les douleurs, les inflammations et surtout les ulcères variqueux; il m'a été indiqué par le Dr Nuñès. Je me sers à l'intérieur de la 3e dilution, et à l'extérieur d'un liniment fait avec la teinture, mais mélangé à la glycérine dans la proportion d'un centième. Les autres médicaments, *arsenicum* surtout, ont été employés avec succès pour combattre les douleurs et le développement des varices. *Hamamelis* aurait donné aux Drs Love et Ozanam de fort beaux succès dans le traitement de la phlébite variqueuse. Je n'ai employé ce médicament qu'une seule fois et j'ai échoué.

Les applications de collodion élastique sont peu efficaces; j'ai retiré de bons résultats de compresses imbibées d'eau contenant un dixième de perchlorure de fer.

La position horizontale est nécessaire pour le traitement de tous les accidents des veines variqueuses.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE LA RATE

La rate n'étant qu'un organe de la sanguification et comme un diverticulum du système circulatoire, il est naturel de tracer l'histoire de ses affections à la suite de celles des affections du cœur et des gros vaisseaux.

Les affections de la rate ne sont guère que des questions d'anatomie pathologique ; aussi nous ne traiterons, dans ce livre, que le côté qui touche à la médecine pratique.

Les principales affections de la rate sont : l'*hyperémie*, l'*hypertrophie*, la *dégénérescence amyloïde*, la *mélanémie*, les *hémorrhagies*, les *abcès* et enfin la *leucocythémie*. Cette dernière affection a une beaucoup plus grande importance que les autres.

L'*hyperémie* peut être due à une *fluxion*, ou, au contraire, à la rétention, à la stase du sang. La première se rencontre dans les fièvres, dans la diathèse purulente, et dans les anomalies menstruelles. Les *stases* sont un effet soit d'une oblitération veineuse, soit de la gêne de la circulation qui accompagne les maladies du cœur et du poumon.

Les *signes physiques* sont les seuls qui peuvent faire reconnaître l'*hyperémie splénique*. Ces signes sont fournis par la *palpation* et par le *percussion*. A l'état normal la *percussion* donne une matité de 6 centimètres sur la paroi gauche du thorax, à partir du bord libre de la

onzième côte. La matité anormale peut s'étendre en hauteur depuis la cinquième côte jusqu'à l'hypogastre.

La *palpation* ne permet pas de sentir la rate à l'état sain; quand cet organe augmente de volume, il remonte d'abord dans le thorax, puis il déborde les fausses côtes et peut s'étendre jusqu'à l'hypogastre; presque toujours, il se dirige de haut en bas et de dehors en dedans, vers l'ombilic.

Hypertrophie de la rate. C'est une conséquence de la lésion précédente quand elle a duré trop longtemps. Cette lésion s'observe principalement dans la fièvre intermittente, même dans la *forme cachectique d'emblée*; par conséquent il n'est pas possible d'expliquer l'hyperémie de la rate par le reflux du sang pendant les frissons, puisque, dans cette forme, il n'y a pas de frissons.

C'est l'augmentation de la pulpe splénique qui constitue surtout l'hypertrophie de cet organe. Cette augmentation dépend-elle d'une hyperplasie des éléments cellulaires, ou tient-elle simplement à une accumulation, à une rétention de ces éléments? C'est ce qui n'est pas encore démontré.

Cette lésion se reconnaît aux mêmes signes que la précédente.

Dégénérescence amyloïde de la rate. Cette lésion coïncide presque toujours avec une lésion de même nature dans le foie; elle s'observe aussi dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire dans la scrofule, le rachitisme, la syphilis et l'empoisonnement chronique par le mercure.

La dégénérescence amyloïde s'accompagne de l'augmentation de volume et de la dureté du tissu splénique; par une solution iodée le tissu se colore en jaune-rouge, et ajoutant l'acide sulfurique, il prend une coloration violette et bleue. Aux *signes physiques* déjà énumérés, il faut

ajouter une *résistance* extraordinaire du tissu, résistance perçue par la palpation.

Mélanémie. Nous renvoyons pour cette lésion au chapitre des fièvres intermittentes.

Infarctus hémorrhagique ou *apoplexie splénique.* Ils tiennent le plus souvent, d'après la théorie nouvelle, a des embolies dans le cours des maladies du cœur ; ils s'observent encore dans les maladies susceptibles de déterminer une forte hyperémie de la rate.

Les *abcès* de la rate sont excessivement rares. Ils surviennent habituellement dans la diathèse purulente, après les accès de fièvre pernicieuse et dans la fièvre typhoïde, plus rarement encore dans le cours des autres fièvres ; il est rare que ces abcès s'annoncent par des symptômes spéciaux, et plus rare encore qu'on puisse les reconnaître par la palpation.

Ils peuvent se terminer par résorption, par transformation crétacée, par ouverture dans la cavité thoracique, dans le péritoine, dans l'intestin, dans l'estomac.

Les abcès de la rate donnent rarement lieu à une intervention chirurgicale.

Leucocythémie. Cette affection est caractérisée anatomiquement par une augmentation des globules blancs et par l'hypertrophie, soit de la rate, soit des ganglions lymphatiques, soit de ces deux ordres de glandes. Il n'est pas démontré, mais il est probable, que cette affection est une *maladie essentielle,* de la classe des *cachexies.*

La prédominance de l'hypertrophie de la rate ou de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques caractérise deux variétés principales de cette affection. Une observation plus attentive permettra de baser sur la différence de la marche des symptômes la description de plusieurs formes distinctes.

Leucocythémie avec hypertrophie splénique. Elle s'an-

nonce habituellement par le développement du ventre, par une douleur dans la région splénique, et quelquefois par un mouvement fébrile irrégulier. Bientôt apparaissent la pâleur, la dyspnée et tous les signes de l'anémie la plus prononcée. Si, à ce moment, on examine le sang des malades, on constate les caractères suivants : si, après avoir battu le sang, on le laisse reposer dans un vase étroit, il se divise en deux couches, une inférieure, formée par les globules rouges ; l'autre, supérieure, grisâtre, laiteuse, formée par les globules blancs. Examiné au microscope, ce sang présente une grande quantité de globules blancs qui se réunissent en petits amas irréguliers. Dans l'état normal, on ne trouve qu'un globule blanc sur environ 350 globules rouges ; dans la leucocythémie avancée, le nombre des globules blancs égale, et même dépasse celui des globules rouges. Le poids spécifique du sang est diminué par cette grande abondance de globules blancs. L'examen physique fait reconnaître une rate énorme, envahissant l'abdomen jusqu'à l'hypogastre, et présentant des bosselures transversales régulièrement superposées. C'est ce qu'on appelle une *rate à crémaillère*.

La maladie peut persister pendant des mois et des années dans cet état, mais les malades finissent par arriver à un état déclaré de cachexie ; alors se produisent la diarrhée, le catarrhe pulmonaire, l'amaigrissement, et principalement des hémorrhagies multipliées. L'œdème et l'hydropisie cachectique apparaissent moins promptement que dans les autres maladies chroniques, parce que la diminution des globules rouges ne s'accompagne pas de la diminution de l'albumine du sang.

Les malades succombent, soit à une apoplexie, soit à des hémorrhagies répétées ; ou bien ils succombent plus lentement dans la cachexie.

Leucocythémie avec gonflement des ganglions lymphatiques. Cette variété diffère de la précédente parce qu'elle s'accompagne de la tuméfaction des ganglions lymphatiques. Ces ganglions deviennent énormes; les plus volumineux à l'extérieur sont les glandes cervicales, axillaires et inguinales; à l'intérieur, ce sont les ganglions mésentériques, lombaires et épigastriques. Le gonflement est dû à une formation très-abondante de noyaux, de cellules et de granulations semblables aux éléments naturels de la glande; jamais ces glandes ne suppurent; habituellement la rate participe à l'hypertrophie. Cette variété lymphatique n'a pas de rapport évident avec la scrofule. Le gonflement des ganglions peut précéder pendant longtemps l'altération du sang.

Les médecins français ne regardent pas la leucocythémie comme essentiellement liée au développement des ganglions lymphatiques. Sous le nom d'*adénie*, Trousseau a cherché à constituer une *espèce morbide* nouvelle, et il cite 12 observations sans leucocythémie, et seulement 3 de ces observations présentent des hypertrophies de la rate.

Dans les cas rapportés par Trousseau, la maladie débuta par un gonflement ganglionnaire suivi bientôt du gonflement de la généralité des ganglions lymphatiques; les apparences de la santé se conservent longtemps, puis les malades tombent dans la cachexie, avec tendance aux hémorrhagies; enfin ils succombent, soit asphyxiés par le développement des ganglions qui entourent l'arbre respiratoire, soit épuisés par la cachexie.

Jusqu'à présent, on n'a pas signalé de différence dans la marche et les symptômes de cette variété.

Indépendamment des lésions déjà signalées, on a trouvé dans le parenchyme du foie et dans celui des reins de

petits amas de noyaux blanchâtres, que les uns attribuent à des dépôts de globules blancs, suite d'hémorrhagie, et que Virchow considère comme une production d'*éléments lymphatiques*. On a encore rencontré dans les plèvres et sur la muqueuse intestinale de petites tumeurs, quelques-unes ulcérées et ombiliquées, attribuées à une formation nouvelle du tissu lymphatique.

Traitement. — *China, ignatia, ranunculus bulbosus, conium, iodium, natrum,* et *natrum muriaticum, bryonia. asa fœtida, sulfur* et *capsicum* sont les principaux médicaments qui agissent sur la rate.

Dans l'inflammation de la rate on aura surtout recours à *bryonia, ignatia* et *ranunculus bulbosus*.

Bryonia répond à une douleur qui augmente par le mouvement et par les efforts de respiration.

Ignatia, douleurs brûlantes qui augmentent par le toucher et par la marche.

Ranunculus, douleurs d'excoriation en remuant le tronc et au toucher.

China est le médicament principal des engorgements de la rate. Si ce médicament ne suffisait pas, on essayerait successivement, *iodium, conium, sulfur, natrum muriaticum*. Ces médicaments conviennent quand la région splénique est dure et douloureuse. Le choix de chacun de ces médicaments est difficile; il devra principalement être fait d'après les symptômes généraux.

Le traitement de l'*adénie* demande des médicaments qui agissent sur les ganglions lymphatiques. Les principaux sont : *belladona, conium, iodium, mercurius, sulfur, rhus toxicodendron, nitri acidum, lycopodium* et *phosphorus*. Je recommande tout particulièrement ce dernier médicament parce que non-seulement il correspond à un

gonflement non inflammatoire de la généralité des ganglions, mais encore parce qu'il correspond à la cachexie avec tendance aux hémorrhagies, et aux accès de suffocation qui terminent si souvent la vie des malades atteints d'adénie.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DES REINS

Les affections des reins comprennent la *congestion*, l'*hémorrhagie*, la *néphrite*, la *pyélite*, la *gravelle*, la *dégénérescence amyloïde*, le *cancer*, les *tubercules*, les *parasites*. Nous avons décrit dans la classe des *cachexies* la *maladie de Bright* et celle d'*Addisson*.

CONGESTION RÉNALE.

C'est une lésion commune à beaucoup de maladies ; elle se produit de diverses manières. Dans un premier mécanisme, la quantité du sang qui arrive par l'artère rénale est trop considérable, alors la congestion s'opère surtout par les branches qui se rendent aux glomérules et servent directement à la sécrétion ; parce que les branches de nutrition, celles qui se continuent directement avec les capillaires et les veines, éprouvant une pression bien moindre par l'absence d'un appareil de sécrétion sur leur trajet, laissent passer le sang facilement et ne se prêtent pas à une accumulation de ce liquide. C'est le contraire qui a lieu quand le sang est retenu par un obstacle dans les veines rénales ; le sang s'accumule plus facilement dans la partie des reins où se distribuent les artères de nutrition que dans celle où se distribuent les artères de sécrétion. Dans le premier cas, l'urine, sécrétée en grande quantité, est pâle, aqueuse, et

d'un poids spécifique faible; quand la congestion est déterminée par la stase veineuse, les urines sont diminuées de quantité, contiennent de l'albumine et souvent du sang.

HÉMORRHAGIE RÉNALE.

L'hémorrhagie rénale est le plus souvent due à une déchirure produite par des *graviers*. Elle peut être la conséquence d'une *hyperémie* ou d'une *néphrite*; elle accompagne souvent la formation du *cancer* et des *parasites*, enfin c'est un symptôme de *purpura*. On observe dans quelques pays intertropicaux des *hémorrhagies rénales* qui constituent de véritables *endémies*.

Le symptôme de l'hémorrhagie rénale est la présence du sang dans les urines; quand la quantité du sang est trop faible pour être facilement reconnue par une simple inspection, il faut faire bouillir ces urines dans un tube, y ajouter une solution de potasse, et faire bouillir de nouveau; alors les phosphates se précipitent et entraînent la matière colorante du sang, qui communique au sédiment, vu à la lumière directe, une teinte rougeâtre; vu par transparence, une coloration rouge-sang magnifique (Heller).

NÉPHRITE.

La néphrite proprement dite est caractérisée anatomiquement par l'inflammation du parenchyme rénal, tandis que la néphrite de la maladie de Bright est localisée dans les canalicules urinifères.

Cette affection est presque toujours une complication de la *gravelle*; en dehors de cette circonstance l'inflamma-

tion du tissu rénal est extrêmement rare, elle s'observe par propagation de l'inflammation dans la *pyélite*, et dans la *périnéphrite* par propagation de l'inflammation blennorrhagique. La néphrite est un symptôme commun à plusieurs empoisonnements, il est surtout marqué dans l'empoisonnement par les cantharides. La néphrite peut encore se développer à la suite du cathétérisme. On rencontre encore des abcès métastatiques du rein dans la diathèse purulente. L'existence d'une néphrite *essentielle* n'est pas encore démontrée.

La maladie débute par un frisson avec une douleur dans la région rénale et des vomissements bilieux. La douleur est continue ; elle ne revient pas sous forme de colique comme dans la gravelle ; elle reste limitée à la région rénale. Les urines sont souvent sanguinolentes. Dans quelques cas la maladie poursuit sa marche rapidement ; le mouvement fébrile s'accroît ; les urines diminuent de plus en plus ; les malades tombent dans la stupeur et le délire ; et ces symptômes attribués à la rétention de l'urine peuvent se terminer rapidement par la mort. D'autres fois, après une rémission incomplète, le mouvement fébrile reparaît avec des frissons et des sueurs ; une fièvre de suppuration s'établit, et la terminaison varie suivant le mode d'évacuation que suivra l'abcès du rein. Cet abcès peut s'ouvrir dans le bassinet, dans l'intestin, dans le péritoine, dans le poumon, dans la plèvre ; il peut se faire jour à l'extérieur par suite d'une périnéphrite consécutive. On voit que le malade peut être tué par les accidents qui accompagnent l'évacuation du pus, succomber lentement à la phthisie rénale ou au contraire guérir quand l'abcès a été complétement vidé.

La néphrite n'a pas toujours une allure aussi grave, elle peut se terminer par résolution après quelques jours

de durée, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment.

Traitement *de la congestion, de l'hémorrhagie et de l'inflammation du rein.* — On a confondu, dans la thérapeutique homœopathique, le traitement de la *néphrite,* de la *pyélite,* de la *périnéphrite* et de la *colique néphrétique;* il est vrai que ces affections correspondent presque toujours à une lésion unique, la *gravelle,* et que l'inconvénient est moins grave qu'il ne paraît d'abord.

Arnica et *terebenthina* sont les deux principaux médicaments de l'hémorrhagie rénale. *Arnica* est indiqué dans les hémorrhagies traumatiques; *terebenthina,* dans les autres cas. *Nux vomica* devra être prescrit chez les hémorrhoïdaires et lorsque l'hémorrhagie survient à la suite d'excès alcooliques. *Pulsatilla* a réussi dans des cas où l'hémorrhagie s'accompagnait des symptômes de la gravelle; il en est de même de *lycopodium, cantharis, camphora, mezereum, uva ursi, cannabis; hepar sulfuris* et *mercurius* ont quelquefois réussi. Nous allons retrouver ces médicaments dans le paragraphe suivant, ou au chapitre de la gravelle.

Traitement *de la néphrite.* — *Cantharis* est le médicament principal, il détermine une inflammation aiguë du rein, de la vessie et de l'urèthre. Les symptômes qui l'indiquent sont : douleur sécante et brûlante dans les reins et dans la vessie; ténesme, strangurie; urines sanguinolentes et purulentes. *Terebenthina* et *copahuvæ* correspondent encore à l'inflammation du rein et à des urines sanglantes.

Belladona convient à la douleur dans les reins se propageant dans l'urèthre, au ténesme; mais non aux urines sanguinolentes.

Cannabis, convient plutôt à la cystite et à l'uréthrite; il correspond aux urines sanguinolentes et puriformes. *Camphora* convient principalement à la néphrite produite par les cantharides; les symptômes de ces deux médicaments sont très-analogues.

Au début de la maladie, quand le mouvement fébrile est violent avec gros frissons, *aconitum* 3e trituration est le médicament principal. Si le mouvement fébrile est intermittent, il ne faut pas hésiter à prescrire le sulfate de quinine à la dose d'un gramme après l'accès.

Dans les affections aiguës du rein, il faut éviter le vin et les épices, et donner des boissons abondantes et mucilagineuses; l'orgeat, la graine de lin sont les plus généralement prescrites.

PYÉLITE.

Cette affection est caractérisée par l'inflammation du bassinet; elle est le plus souvent symptomatique d'une affection calculeuse; elle peut se développer sous l'influence de la blennorrhagie; elle existe quelquefois, sans aucun calcul, comme affection symptomatique de la goutte et des hémorrhoïdes. Enfin, on l'observe comme une complication tout à fait latente dans le cours des fièvres.

La pyélite calculeuse débute souvent par un état aigu: mouvement fébrile avec frissons; vomissements bilieux; douleur vive ayant pour caractère distinctif de se prolonger à la vessie, dans les testicules, à la racine des cuisses. Les urines contiennent une quantité notable de pus et de sang, il existe un ténesme vésical constant. Arrivée à ce degré, la pyélite peut se terminer par la guérison

complète; mais, s'il y a de petits calculs emprisonnés dans le bassinet, la maladie passe à l'état chronique; les urines contiennent alors une grande quantité de pus qui forme au fond du vase un dépôt blanc comparable à de la farine. Ce dépôt peut être coloré diversement par du sang ou par des sels. Les urines de la pyélite sont très-albumineuses. La longueur et l'abondance de la suppuration, la fièvre hectique, quelquefois des hémorrhagies, affaiblissent les malades de plus en plus ; il arrive fréquemment que, sous l'influence d'une fatigue, d'un excès, l'état aigu reparaisse de temps à autre. Quand la maladie a duré longtemps, la cachexie se produit; il survient des hydropisies, des diarrhées, et les malades succombent. Il ne faut pas oublier non plus que la pyélite peut s'ulcérer et devenir l'origine d'une périnéphrite très-grave.

La pyélite non calculeuse est beaucoup moins grave ; elle se termine par la guérison, même après un état chronique prolongé.

Traitement. — *Belladona, tarentula,* mais surtout *cantharis,* sont les principaux médicaments. *Cantharis,* à la 3e dilution en goutte, m'a donné un fort beau succès dans le traitement d'une pyélite hémorrhoïdaire qui datait de plus d'un an.

Silicea, hepar sulfuris, sulfur et *arsenicum* seront consultés au besoin ; ils sont indiqués par la suppuration.

PHLEGMON PÉRIRÉNAL.

Cette maladie est caractérisée par l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure le rein.

Elles peut se développer sous l'influence des contu-

sions, des secousses de l'équitation, à la suite d'un effort violent, d'une marche forcée, d'un refroidissement. Il existe des observations de phlegmon périrénal dans toutes ces circonstances.

L'inflammation du tissu cellulaire qui enveloppe le rein peut se développer à la suite de la pyélite et de la néphrite, et dans ce cas elle constitue un accident de la gravelle. Enfin, l'inflammation d'un organe voisin peut s'étendre à la région périrénale. On a vu une cystite de la vésicule du fiel, terminée par l'ulcération, produire un phlegmon périrénal.

Cette maladie présente dans sa marche et dans ses symptômes des différences qui nécessiteraient la distinction de plusieurs formes ; mais cette étude n'est pas encore assez avancée pour nous permettre de les décrire ; nous traiterons donc seulement de la *forme commune* de ce phlegmon en indiquant les différences principales présentées par les autres formes.

La maladie débute par une douleur dans l'une des régions rénales, un mouvement fébrile rémittent et habituellement des vomissements bilieux. La douleur est intense ; elle s'aggrave par les mouvements de la voiture, par la palpation. Le mouvement fébrile s'accompagne de frissons très-notables ; souvent même il revêt tout à fait le caractère d'*accès intermittents* très-violents avec frissons tremblants et sueurs profuses.

Tantôt la maladie suit une marche continue, et alors on ne tarde pas à constater la *tumeur* caractéristique ; d'autres fois, après un septénaire, il survient une rémission considérable qui dure plusieurs jours, puis la maladie reprend sa marche.

La tumeur se perçoit par la palpation. Une main étant appliquée sur la région lombaire et l'autre déprimant la paroi abdominale entre les côtes et la crête iliaque,

on peut sentir la fluctuation en imprimant un mouvement brusque à l'une des deux mains. La maladie suit alors la marche de tous les abcès, c'est-à-dire qu'elle présente des périodes d'aggravation pendant lesquelles la tumeur grossit considérablement ; à ce moment les accès fébriles avec frissons et sueurs redoublent ; dans l'intervalle la fièvre ne cesse pas complétement, mais elle est plus modérée et est habituellement exempte de frissons. La tumeur grossit, efface l'échancrure costo-iliaque, fait saillir la région lombaire ; à un moment il existe un *œdème* notable du tissu cellulaire sous-cutané, et bientôt une rougeur érysipélateuse montre que la peau est envahie par l'inflammation. A ce moment la fluctuation est évidente.

Le phlegmon périrénal peut se terminer par *résolution*. C'est pendant la première rémission que présente la maladie, à la fin du premier septénaire, que cette terminaison a lieu. L'abcès peut se vider à l'extérieur, à la région lombaire, à la région iliaque ou même dans l'aine; il peut s'ouvrir dans le côlon, dans les bronches ; très-rarement il s'ouvre dans le péritoine.

Il y a des phlegmons périrénaux qui ont une marche plus lente et qui présentent un mouvement fébrile très-modéré.

Traitement. — Ici il ne faut pas chercher les médicaments qui agissent sur le rein, mais les médicaments du phlegmon : *aconitum* au début, puis *bryonia, mercurius, hepar sulfuris,* et enfin *silicea*. J'ai obtenu de très-bons effets du sulfate de quinine à haute dose, quand il existait un mouvement febrile intermittent. L'intervention chirurgicale ne doit pas être trop tardive ; le moment d'agir est marqué par l'exacerbation des symptômes, exacerbation qui annonce l'envahissement de nouveaux tissus par la suppuration.

LITHIASE.

C'est une affection caractérisée par la formation, dans les voies urinaires, de concrétions plus ou moins volumineuses; ces concrétions ont pour base un ou plusieurs des sels contenus dans l'urine normale.

Cette affection a été divisée, au point vue chirurgical, en deux variétés : la *gravelle* et la *pierre*. La gravelle est la formation de concrétions salines dans les reins; et la pierre est la formation et la rétention dans la vessie de concrétions de même nature ; ces dernières peuvent atteindre un volume considérable.

La *lithiase* est une affection goutteuse, elle est *accidentelle* ou *habituelle*, suivant que les concrétions apparaissent de temps à autre, à périodes éloignées et irrégulières; ou bien qu'au contraire les retours de l'affection sont de plus en plus rapprochés et finissent par ne laisser au malade que des intervalles de repos, de plus en plus courts.

Comme toutes les affections goutteuses, la lithiase peut alterner avec d'autres affections symptomatiques de la goutte; mais la variété habituelle prend souvent une prédominance telle, qu'elle fait taire toutes les autres manifestation de la maladie principale.

Malheureusement pour la nosographie la lithiase est tombée depuis longtemps dans le domaine de l'iatro-chimie. Cette école a réduit toute l'histoire de la gravelle et de la pierre à une question de prédominance acide ou alcaline. Nous lui devons cependant une analyse bien faite de la lésion; à ce point de vue les concrétions salines qu'on rencontre dans les voies urinaires se divisent en quatre espèces : calculs d'*acide urique* ou *gravelle rouge;*

calculs de *phosphate ammoniaco-magnésien* ou *gravelle blanche ;* calculs d'*oxalate de chaux ;* ces calculs qui sont quelquefois noirâtres ont reçu le nom de *gravelle jaune.* Enfin, on rencontre souvent des calculs *mixtes,* c'est-à-dire formés par plusieurs éléments. Malheureusement on n'a pas suffisamment étudié les rapports qui peuvent exister entre la composition chimique des calculs et les symptômes qu'ils produisent ; nous pouvons dire seulement que les calculs d'acide urique sont, de tous, les plus fréquents et qu'ils correspondent à la goutte de forme commune ; tandis que les calculs de phosphate ammoniaco-magnésien correspondent surtout à la *goutte chronique.*

Gravelle accidentelle. Il y a des malades qui ne présentent cette affection qu'une seule fois dans leur vie ; d'autres ont plusieurs atteintes, mais à époque éloignée. Dans les cas les plus simples, tout se borne à l'expulsion d'un nombre plus ou moins considérable de *graviers* arrondis, oblongs, quelquefois aplatis. Ces graviers, qui varient de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une lentille, sont expulsés facilement et sans douleur ; quelques graviers un peu plus gros ou inégaux déchirent les uretères et l'urèthre et causent une douleur assez vive, mais très-passagère. Dans d'autres cas les concrétions encore plus fines se présentent sous forme de *sable.* Ce sable se distingue des *dépôts* d'acide urique parce qu'il sont tous formés au moment où l'urine est rendue ; tandis que les *sédiments* se produisent par le refroidissement des urines. Aussi commencent-ils à se former sur les bords, là où la couche du liquide est moins épaisse et plus tôt refroidie ; tandis que le sable gagne de suite le fond du vase.

Mais la gravelle, même accidentelle, présente rarement ce degré de bénignité, elle s'annonce par des pesan-

teurs et des engourdissements de l'un des reins, une hématurie variable en quantité ; puis apparaît et se dessine l'ensemble des symptômes auquel on a donné le nom de *colique néphrétique*.

L'accès débute habituellement d'une manière subite par une douleur *déchirante*, siégeant soit sur l'un des reins ou sur tous les deux ; s'irradiant le long des uretères vers la vessie ; atteignant la cuisse qui éprouve surtout un sentiment d'engourdissement, et le testicule qui se rétracte vers l'anneau. La douleur atteint rapidement son sommet d'intensité, les malades sont dans un état d'angoisse et d'agitation considérables ; ils prennent les positions les plus variées ; la face est altérée, la peau couverte de sueurs froides, le pouls filiforme ; il y a toujours des nausées, souvent des vomissements ; la constipation est opiniâtre. L'accès peut durer moins d'une heure, il peut se prolonger plusieurs heures : alors l'état des malades devient très-alarmant, quelques-uns ont du défire ou des convulsions ; enfin la douleur se calme et l'accès se termine par l'expulsion d'une urine trouble, sanguinolente, contenant un ou plusieurs calculs ; mais, très-souvent, il n'y a que rémission et non terminaison de la colique néphrétique, et après un intervalle variable le malade est pris d'un autre accès ; soit qu'il y ait plusieurs calculs à évacuer, soit qu'un seul accès ne suffise pas pour l'expulsion d'un calcul unique.

J'ai vu un cas où il a fallu huit jours et un grand nombre d'accès pour l'expulsion d'un seul calcul. Souvent la douleur se déplace comme le calcul, et son summum n'est plus en arrière à la région rénale, mais en avant sur le trajet de l'uretère ; la pression augmente cette douleur.

Gravelle habituelle. Chez un certain nombre de malades les attaques de gravelle se rapprochent d'année en année :

les reins s'enflamment, des concrétions trop volumineuses pour traverser les uretères, *calculs rénaux*, se forment dans le bassinet; la pyélite, la néphrite, le phlegmon périrénal et ses suites viennent compliquer la gravelle et constituent un état fort grave qui, presque toujours, amène la mort des malades.

PIERRE.

La pierre se développe soit autour d'un calcul rénal tombé dans la vessie, et c'est là, de beaucoup, le cas le plus fréquent; soit sur un corps étranger introduit dans cet organe. L'urine joue alors le rôle d'*eau pétrifiante*, ses sels se précipitent et se condensent snr le corps étranger.

Cette affection est fréquente dans la seconde enfance et dans la vieillesse; elle se montre du reste à tous les âges de la vie. Nous n'insisterons pas davantage sur l'*étiologie* de la lithiase parce que c'est absolument celle de la goutte.

Les symptômes produits par la présence d'une pierre dans la vessie sont, en première ligne, une douleur qui correspond à l'extrémité de la verge. Cette douleur augmente par le mouvement et surtout par les secousses de la voiture; elle s'accompagne de ténesme vésical et souvent d'une interruption subite du jet de l'urine. Après la douleur, vient la présence *du sang* dans lus urines: ce symptôme doit être recherché avec grand soin, surtout lorsque le malade a été en voiture. Quand la pierre séjourne depuis longtemps, il y a habituellement un degré plus ou moins considérable de catarrhe vésical.

Les douleurs, le catarrhe vésical, vont en augmentant

à mesure que la pierre grossit, et finissent par amener la mort des malades si on ne parvient pas à extraire le calcul.

Traitement de la lithiase. — C'est le traitement de la goutte; les eaux alcalines faibles, celles d'Evian, par exemple, produisent souvent d'heureux résultats. Mais nous sommes bien loin du temps où on tentait la dissolution des calculs d'acide urique avec des *eaux alcalines* : les principaux spécialistes ont demontré que les eaux de Vichy ne diminuaient point la grosseur des calculs et que, dans bien des cas même, elles avaient été défavorables en favorisant le dépôt des phosphates sur les calculs d'acide urique.

Les médicaments indiqués par la thérapeutique homœopathique sont : *arsenicum, lycopodium, calcarea, salsaparilla* et *phosphorus*. Mais cette étude est encore fort incomplète. Dans un certain nombre de cas j'ai réussi à éloigner beaucoup les accès de gravelle avec *arsenicum* (200).

Traitement de la colique néphrétique. — *Belladona, hepar sulfuris, cannabis, nux vomica* et *pulsatilla* sont les médicaments généralement indiqués. *Belladona* et *hepar sulfuris* correspondent bien à l'ensemble des symptômes. Mais *uva ursi* est le médicament qui réussit le plus souvent. J'ai toujours administré la 3e dilution ou même la teinture mère.

Les bains, les lavements, des boissons abondantes, et, dans les cas où la douleur est trop violente, le chloroforme, constituent des auxiliaires puissants.

DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE,

TUBERCULES, CANCER, PARASITES DU REIN.

Ces différentes lésions offrent peu d'intérêt à la *médecine pratique*. La *dégénérescence amyloïde* survient dans les mêmes circonstances cachectiques que celles du foie et de la rate et n'offre aucune indication thérapeutique spéciale.

Cancer du rein. Cette localisation peut rester latente pendant la plus grande partie de sa durée; mais le plus souvent on reconnaît cette affection à une tumeur souvent énorme, bosselée, inégale; à des hémorrhagies qui peuvent être considérables et qui contribuent à abréger les jours du malade. Les urines contiennent souvent de l'albumine; la douleur n'est pas constante; exceptionnellement elle prend un degré d'acuité intolérable.

Tubercules du rein. Les différentes formes de phthisie pulmonaire peuvent s'accompagner de tubercule du rein, mais alors cette lésion qui ne se révèle qu'à l'autopsie est tout à fait secondaire.

Quand la tuberculisation frappe sur la sphère génito-urinaire, l'affection du rein acquiert une plus grande importance; elle coïncide avec les tubercules du testicule, de la prostate et des vésicules séminales; et la tuberculisation du poumon est alors consécutive. Dans ce dernier cas, on trouve dans les reins des masses tuberculeuses et de véritables cavernes, l'affection se traduit par des urines purulentes albumineuses et quelquefois sanguinolentes; rarement on peut percevoir, par la palpation, le rein hypertrophié ou bosselé.

Parasites des reins. On peut rencontrer dans les reins des *cysticerques* et le *strongle géant;* mais les parasites les plus fréquents sont les *échinocoques.* Ils se révèlent par une tumeur qui présente les caractères de toute tumeur hydatique; et surtout par l'expulsion de vessie ou de rudiment de vessie d'échinocoques.

Nous renvoyons, pour les terminaisons et le traitement aux hydatides du foie.

HYDROPISIE DU REIN.

Quand il existe sur un point quelconque de l'organe excréteur un obstacle complet au passage de l'urine, toute la portion située au-dessus de l'obstacle se dilate considérablement; la dilatation se produit des deux côtés quand l'obstacle existe dans la vessie ou dans l'urèthre; mais, dans ce cas, la dilatation ne peut aller bien loin, parce que la vie est incompatible avec la suppression complète et durable de l'excrétion urinaire. Le plus souvent, l'obstacle siége sur l'un des uretères. Alors l'autre rein supplée à la sécrétion, la santé générale est peu troublée, et la dilatation de l'uretère et du bassin prend une extension tellement considérable que la substance du rein, d'abord atrophiée, finit par disparaître complétement. L'affection se reconnaît alors à l'existence d'une tumeur fluctuante dans la région rénale. Mais cette tumeur peut être envahie par l'inflammation et se terminer par un *abcès* avec toutes ses suites.

REIN MOBILE.

Il arrive assez fréquemment que le rein quitte le tissu cellulo-graisseux dans lequel il est fixé d'ordinaire et devienne flottant dans l'abdomen. Ce déplacement, qui se rencontre principalement chez la femme et plutôt sur le rein droit que sur le rein gauche, ne s'accompagne habituellement d'aucun symptôme. Mais, dans certains cas, à la suite d'efforts, de coups, de constriction, il devient très-douloureux et peut donner lieu à des erreurs de diagnostic qu'il importe d'éviter. Si on place une main en arrière entre les côtes et la crête iliaque, et qu'avec l'autre main on déprime la paroi abdominale dans la région correspondante, on constate que la place occupée par le rein, dans l'état physiologique, est complétement vide. Mais, par contre, on constate au-dessous du foie la présence d'une tumeur arrondie, lisse, dure, mobile, facile à reconnaître pour le rein flottant; si on appuie fortement sur cette tumeur, on produit une douleur semblable à celle que donne la compression du rein du côté sain. Ce diagnostic que nous avons vu souvent faire par par Récamier est extrêmement facile, à l'aide des signes que nous venons d'énumérer.

L'unique TRAITEMENT consiste dans l'application d'un cataplasme bien chaud si le rein est douloureux. De plus, le malade portera un bandage en caoutchouc, muni d'une large pelotte concave destinée à protéger et à maintenir le rein mobile.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE LA VESSIE

CYSTITE.

C'est une maladie caractérisée anatomiquement par l'inflammation de la muqueuse vésicale. Elle peut survenir indépendamment de toute autre maladie, sous l'impression du froid, ou à la suite du cathétérisme; elle accompagne toujours la présence d'un corps étranger dans la vessie et est le symptôme habituel de la *pierre*. Enfin, elle peut compliquer la blennorrhagie. Elle est symptomatique de l'empoisonnement par les cantharides et la térébenthine. Toutes les maladies qui peuvent donner lieu à la rétention d'urine sont des occasions de cystite : les rétrécissements de l'urèthre, les maladies de la prostate, les paralysies de la vessie, suite d'affections de la moelle et du cerveau. Les goutteux et les dartreux sont plus que les autres hommes sujets à la cystite; mais nous ne possédons pas d'observations suffisantes pour donner les signes distinctifs de l'inflammation de la vessie dans ces deux maladies.

La cystite qui succède à l'impression du froid, à l'empoisonnement par les cantharides, à un cathétérisme, à une blennorrhagie, suit une *marche aiguë*. Le mouvement fébrile est peu développé, la douleur est caractéristique par ses irradiations. Elle siége à l'hypogastre et s'étend en haut vers les reins, en bas vers l'extrémité du canal

de l'urèthre; elle augmente par la pression et par le mouvement, principalement par celui de la voiture. Le ténesme vésical, quelquefois poussé au plus haut degré, est un symptôme constant. Quelquefois, le spasme du sphincter est tellement violent, qu'il en résulte une rétention d'urine passagère. Les urines sont brûlantes; elles déposent bientôt un mucus visqueux, semblable à du blanc d'œuf peu cuit, mucus qui se réunit en masse au fond du vase.

La cystite que nous décrivons se termine le plus souvent par la guérison, après un septénaire, quelquefois moins, quelquefois plus; d'autres fois, elle passe à l'*état chronique*.

La cystite suit quelquefois une *marche chronique* dès le début; la douleur est peu sensible, le *ténesme* et la présence du *mucus* dans l'urine sont les deux signes de cette affection, pendant la première période de la maladie.

Lorsque la cystite persiste pendant longtemps, il se développe des lésions consécutives fort importantes à étudier. La vessie subit une véritable hypertrophie excentrique, comparable à celle du cœur. Les faisceaux musculaires, développés, constituent ce qu'on a appelé les *vessies à colonnes*. Le réservoir de l'urine, énormément développé, forme une tumeur qui dépasse l'ombilic; cette distension s'accompagne d'une demi-paralysie de la vessie qui se vide incomplétement et reste constamment distendue. Le mucus est puriforme; il fermente et détermine l'alcalinité de l'urine qui devient fortement ammoniacale. Le microscope permet de reconnaître alors des cellules, du pus et du mucus; des cristaux étoilés d'urate d'ammoniaque et les grands cristaux en forme de *couvercle de cercueil* (Niemeyer) du phosphate ammoniaco-magnésien.

Dans ces vessies dilatées se produisent souvent des ulcérations; d'où des abcès, des péricystites et des perfora-

tions. Quelquefois, entre les colonnes musculaires, la muqueuse fait hernie et constitue de larges diverticulums, où séjournent une urine purulente et des concrétions calculeuses.

Dans des cas plus rares, et sans que je puisse en préciser la raison, la vessie subit une hypertrophie concentrique, et constitue alors, derrière le pubis, une tumeur dure, pyriforme, qui peut donner lieu à bien des erreurs de diagnostic.

Quand la cystite a déterminé toutes ces lésions, elle est habituellement incurable et amène la mort par épuisement des malades.

Une terminaison plus rare et plus grave est la *gangrène* de la muqueuse vésicale. Elle s'observe principalement dans les empoisonnements par les cantharides, et chez les vieillards, lorsque la cystite chronique passe à l'état aigu. Une urine sanguinolente, brune, fétide et l'affaissement du malade sont les signes de cette terminaison promptement mortelle.

Traitement. — Quand la cystite est aiguë, qu'il y a ténesme violent et que les urines contiennent des glaires et du sang, le médicament principal est encore *cantharis*. Ce n'est que dans le cas de fièvre violente qu'on devrait employer *aconitum*.

Pulsatilla convient quand il y a ténesme, douleur au col de la vessie, urines sanguinolentes; mais il sera préféré si les urines sont purulentes et si, après la miction, le malade éprouve des douleurs crampoïdes dans les cuisses et dans le bassin.

Digitalis est indiqué par l'inflammation du col de la vessie, urines difficiles ou même rétention d'urine.

Nux vomica est indiqué par le ténesme, les douleurs du col, les urines sanglantes. Ce médicament est prescrit

chez les hémorrhoïdaires et dans la cystite due à la gravelle.

Quand la cystite n'est plus à la période aiguë, *dulcamara* est le médicament principal : ténesme, douleur vésicale, urines troubles, contenant un mucus visqueux ou puriforme.

Sulfur vient après *dulcamara*; il est indiqué par un dépôt de muco-pus abondant, des urines fétides, sanguinolentes par moment.

Tarentula m'a rendu des services quand le ténesme est très-marqué. On pourra encore consulter *conium*, *antimonium* et *mezereum*.

Excepté *sulfur* que j'ai prescrit de la 6e à la 30e dilution, j'ai toujours employé les autres médicaments à la 3e dilution.

HÉMORRHAGIE.

C'est le symptôme d'un corps étranger introduit ou développé spontanément dans la vessie, c'est donc un signe de la pierre. L'hématurie vésicale s'observe encore dans l'empoisonnement par les cantharides, dans les fièvres graves, le purpura. C'est un symptôme fréquent de la cystite avec ulcération, des tubercules et du cancer de la vessie. Enfin elle peut survenir comme hémorrhagie supplémentaire des règles ou des hémorrhoïdes.

Nous manquons de signes certains pour distinguer l'hématurie rénale de l'hématurie vésicale; dans cette dernière, le mélange de sang à l'urine est moins complet et on observe plus souvent la formation de caillots. Le siége de la douleur, quand il y a douleur, est un bon signe diagnostique.

Traitement. — Indépendamment des médicaments que nous avons indiqués à propos de la cystite et de la gravelle, nous recommandons ici, dans les cas graves, l'application du froid à l'extérieur et en injection.

TÉNESME VÉSICAL.

Indépendamment des affections de la vessie déjà décrites et dans lesquelles nous avons signalé le ténesme vésical, ce symptôme est fréquent chez les onanistes et chez ceux qui ont abusé des plaisirs vénériens. *Castus raro mingit.* Il s'observe encore dans l'hystérie, dans l'hypochondrie et dans l'affection hémorrhoïdaire de l'anus.

On trouvera au traitement général l'indication des médicaments qui répondent au ténesme, et dont les principaux sont *cantharis, nux vomica, capsicum annuum, mezereum, pulsatilla, tarentula* et *digitalis.*

PARALYSIE DE LA VESSIE.

La paralysie peut porter isolément sur le sphincter ou sur la vessie ; dans d'autres cas, elle occupe simultanément ces deux siéges.

Le *sphincter* reçoit ses nerfs de l'axe cérébro-spinal, il est soumis à la volonté, et sa paralysie s'observe principalement dans la maladie du cerveau et de la moelle. Ses symptômes sont l'*incontinence d'urine*. En effet, la contraction volontaire étant perdue dans cet organe, l'urine s'échappe involontairement aussitôt que la quantité d'urine accumulée dans la vessie est assez grande pour rompre la tonicité du sphincter.

La *vessie* reçoit ses nerfs du grand sympathique, et sa paralysie s'observe principalement dans les fièvres graves. Cependant on observe aussi cette paralysie isolée dans les affections cérébro-spinales, sans qu'on puisse se rendre un compte exact de son mécanisme. Ses symptômes sont une distension énorme de la vessie. La miction s'opère seulement par l'action des muscles abdominaux, elle est volontaire, et si la paralysie atteint les muscles abdominaux, l'urine ne s'écoule que par le cathétérisme ; il n'y a jamais incontinence dans cette forme, puisque le sphincter conserve son action.

Quand la paralysie frappe sur la vessie et sur son sphincter, le réservoir se distend jusqu'à ce que la tonicité du sphincter soit vaincue : alors il y a écoulement involontaire de l'urine. Dans ce cas la vessie se vide incomplétement et reste de plus en plus distendue par l'urine ; l'écoulement de l'urine est involontaire et a lieu par *regorgement*.

Traitement. — Nous avons un grand nombre de médicaments qui agissent dans la paralysie de la vessie ou de son sphincter.

Dans la paralysie du sphincter ce sont *belladona, cicuta, ignatia,* mais principalement *causticum, natrum muriaticum, zincum,* et *sulfur*. Ces médicaments ont tous pour symptômes l'*évacuation involontaire,* l'*incontinence* qui indiquent la paralysie du sphincter ; les urines s'échappent par le mouvement, la toux, le rire.

Cicuta, plumbum, opium, aurum, arsenicum, pulsatilla, mais surtout *camphora,* conviennent contre la paralysie du réservoir lui-même et ont pour symptôme la *rétention* d'urine. *Camphora* doit être employé dès le début ; quelques gouttes d'*esprit de camphre* sur du sucre ; l'appli-

cation d'huile camphrée sur la région de la vessie est un très-bon auxiliaire.

Lachesis, arsenicum, hyoscyamus, lauro cerasus, dulcamara et les médicaments indiqués à la paralysie du sphincter conviennent dans la paralysie simultanée du sphincter et du réservoir.

INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE.

Nous décrivons à part et séparément de la paralysie de la vessie ; cette maladie particulière à la seconde enfance est caractérisée par l'émission involontaire et inconsciente des urines pendant le sommeil.

Cette maladie manifestement héréditaire n'a pas d'autres symptômes que celui qui sert à sa définition. L'émission involontaire de l'urine a souvent lieu toutes les nuits. Malgré les précautions que prennent les parents de réveiller l'enfant pour le faire uriner, la quantité d'urine émise chaque nuit est considérable.

La maladie s'interrompt quelquefois d'elle-même pendant un temps variable et reparaît ensuite avec une nouvelle intensité.

Le plus souvent l'incontinence nocturne guérit spontanément à la puberté. J'ai observé un certain nombre de jeunes filles chez lesquelles la maladie n'avait disparu qu'avec le mariage; enfin j'ai observé des cas où elle a persévéré pendant toute la vie des malades malgré le mariage et plusieurs grossesses. J'ai trouvé les petites filles plus faciles à guérir que les petits garçons.

Traitement. — Les bains froids et même les bains de

mer échouent souvent dans le traitement de cette affection. Les médicaments principaux sont : *belladona, pulsatilla, cina, ignatia, sulfur, silicea, causticum, arsenicum, carbo vegetabilis, sepia.* Tous ces médicaments produisent l'incontinence nocturne d'urine, ils doivent être prescrits, à doses variables, avec persévérance. J'ai coutume de donner le médicament deux fois par jour pendant huit jours et de laisser reposer le malade autant de jours. S'ily a interruption de la maladie, je n'administre une autre dose que lorsque l'accident se reproduit.

Belladona convient principalement quand il y a, pendant le jour, émission fréquente d'une urine pâle. Ce médicament, pour lequel il faut arriver quelquefois à la teinture mère, est celui qui m'a donné le plus de succès. J'ai quelquefois heureusement complété son action avec *causticum* 200.

Pulsatilla convient principalement lorsque pendant le jour il existe un *ténesme* vésical ou des envies irrésistibles et subites d'uriner. J'ai vu plusieurs fois *pulsatilla* 12e, administrée à de grandes personnes pour une maladie étrangère à la vessie, produire le *pissement au lit* accidentel. Ce médicament a donné des guérisons; j'ai un cas par *pulsatilla* 800.

Cina lorsqu'il existe des symptômes vermineux et que les urines se troublent promptement.

Ignatia à la 12e m'a produit deux succès rapides chez des jeunes filles dont les règles trop abondantes avançaient beaucoup.

On cherchera dans l'étude des symptômes l'indication des autres médicaments.

TUBERCULES

ET CANCER DE LA VESSIE.

Les *tubercules* de la vessie ne surviennent guère que comme une complication des tubercules des testicules, de la prostate, ou des reins. Ils s'accompagnent de tous les signes du catarrhe chronique.

Le cancer de la vessie est souvent primitif; il détermine, lui aussi, des symptômes de catarrhe ; mais les hémorrhagies sont plus abondantes et plus fréquentes. L'examen microscopique de l'urine permet de reconnaître les éléments du cancer. Quand la maladie est très-avancée, on peut souvent, par la palpation ou par le toucher, constater une tumeur dure, pesante, irrégulière. Les douleurs lancinantes s'observent habituellement dans le cancer.

Le TRAITEMENT de ces affections est purement symptomatique : il faut combattre les douleurs, le catarrhe et les hémorrhagies par les moyens appropriés. Quant au traitement du *cancer* et du *tubercule*, on devra se reporter à ce que nous avons dit au sujet de la diathèse cancéreuse et de la scrofule.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE L'URÈTHRE

URÉTRHITE.

Indépendamment de la blennorrhagie, on rencontre l'inflammation du canal de l'urèthre dans les circonstances suivantes : spontanément chez les goutteux et les hémorrhoïdaires ; à la suite de l'application de causes externes : cathétérisme, usage de la bière, des cantharides de la térébenthine, du copahu.

Cette uréthrite symptomatique est rarement intense ; sa durée est généralement beaucoup plus courte que celle de la blenorrhagie ; mais, comme cette dernière, elle peut avoir son retentissement sur les yeux, les articulations, l'épididyme, et se propager au reste des voies urinaires. Ce que nous dirons au chapitre de la blennorrhagie nous dispense d'entrer dans plus de détails. Nous renvoyons également à ce chapitre pour le traitement de l'urèthrite.

BLENNORRHAGIE.

C'est le catarrhe contagieux de la muqueuse génito-urinaire. La blennorrhagie est une maladie *vénérienne*, c'est-à-dire qu'elle ne se développe jamais en dehors des rapports sexuels; mais elle est radicalement distincte de

la syphilis, et l'honneur de cette distinction revient principalement à Ricord.

La blennorrhagie présente trois formes : *forme bénigne, forme commune, forme grave* ou *cordée*. Nous séparons complétement de l'histoire de la blennorrhagie celle de l'*uréthrite simple,* que nous avons décrite dans le chapitre précédent.

Forme commune. — Elle débute habituellement cinq ou six jours après le coït. Nous avons vu cette période d'incubation s'étendre à trois semaines, et Hunter a observé une durée de six semaines. La maladie s'annonce par un sentiment de prurit et de chaleur, localisé surtout au méat urinaire et à la partie antérieure du canal de l'urèthre. Chez la femme, cette sensation s'étend à toute la vulve, et dans les deux sexes s'accompagne d'excitation vénérienne ; en même temps les envies d'uriner deviennent plus fréquentes. Le lendemain, un sentiment de cuisson bien décidé remplace le prurit. Le méat est rouge, la muqueuse est boursouflée. La cuisson augmente les jours suivants et on constate la présence d'un mucos-pus encore peu abondant. Ici nous devons signaler une *variété* de marche fort importante à noter. Habituellement les symptômes s'aggravent rapidement et atteignent leur summum dès la fin du premier septénaire ; mais d'autres fois la maladie reste très-benigne en apparence pendant bien des jours, et ce n'est guère qu'à la fin du second septénaire que les symptômes prennent une grande intensité. Arrivée à sa période d'état la blennorrhagie est constituée par l'ensemble des symptômes suivants : écoulement abondant d'un pus épais et verdâtre ; douleurs brûlantes et sécantes extrêmement vives quand le malade urine ; urines fréquentes. Érections douloureuses allant quelquefois jusqu'au pria-

pisme, surtout la nuit. Cet état violent dure habituellement douze à quinze jours, puis il décroît assez rapidement. La douleur diminue d'abord, l'écoulement devient moins abondant, moins épais, moins coloré, mais trois semaines se passent encore avant qu'il se tarisse tout à fait. Quand la blennorrhagie s'est répétée plusieurs fois, la guérison radicale s'obtient difficilement, et chaque matin les malades retrouvent, en pressant l'urèthre, une goutte de mucos-pus. Ce symptôme, connu sous le nom de *goutte militaire,* s'accompagne très-souvent de rétrécissement et est excessivement difficile à guérir. Sous l'influence de l'excitation vénérienne, ce symptôme peut augmenter et communiquer la blennorrhagie.

Chez la femme, la maladie reste rarement bornée au canal de l'urèthre; elle s'étend habituellement à la vulve et au vagin, aussi l'écoulement est-il considérable. Les douleurs disparaissent assez promptement, mais l'écoulement peut persister pendant des années quand une fois il s'est localisé dans le vagin et dans l'utérus.

Accidents et complications. Pour bien comprendre quelques-uns de ces accidents, il faut savoir que l'inflammation de la blennorrhagie a une nature envahissante analogue à celle de l'érysipèle et qu'elle marche toujours des parties superficielles aux parties profondes. Ainsi localisée d'abord dans la partie antérieure du canal de l'urèthre, elle gagne, après une durée de quinze jours ou trois semaines, la partie membraneuse du canal.

1° *Propagation à la vessie et aux reins.* Cette propagation s'arrête habituellement au col de la vessie; elle s'accompagne d'un ténesme considérable, d'une miction extrêmement douloureuse, d'une urine trouble contenant des flocons de mucus transparent et sanguinolent: d'une douleur correspondant au siége de l'inflammation. Cette douleur s'étend à l'hypogastre, si la vessie

est envahie, et elle retentit plus ou moins fortement dans les deux reins. Dans quelques cas, les bassinets et les reins sont eux-mêmes envahis.

L'inflammation se propage encore quelquefois dans le tissu cellulaire voisin du canal et y détermine de *petits abcès* dans les *veines* et les *lymphatiques* de la verge.

Une complication plus fréquente est l'*épididymite blennorrhagique*. Elle se produit habituellement après la troisième semaine, parce que ce n'est guère qu'à ce moment que l'inflammation a gagné l'orifice des canaux déférents et qu'elle peut par cette voie gagner l'épididyme.

L'épididymite est une complication très-douloureuse; elle s'accompagne d'un gonflement énorme et extrêmement dur; toujours on peut reconnaître au-dessous de cette coque inflammatoire le testicule ayant sa consistance et son volume ordinaires. Quand l'inflammation est violente, elle s'accompagne d'un épanchement de liquide dans la tunique vaginale. L'épididymite blennorrhagique se termine habituellement par résolution après une durée de deux à quatre semaines; mais elle peut se terminer par *suppuration* ou par *induration*. La première terminaison est extrêmement rare; mais la seconde est assez fréquente. Cette induration peut persister toute la vie; elle peut se résoudre, mais il faut savoir qu'elle peut entraîner l'*atrophie* complète du testicule, et si, ce qui est excessivement rare, la maladie occupe les deux côtés, une impuissance absolue, une véritable castration peut être le résultat définitif de la blennorrhagie. J'ai observé cette fâcheuse terminaison une seule fois.

L'épididymite siége le plus souvent à gauche, parce que ce testicule est plus pendant et moins soutenu par le pantalon. Souvent, pendant la période d'état de l'épididymite, l'écoulement diminue ou même se supprime pour reparaître quand la maladie va mieux. Ce phénomène, qui

est en rapport avec cette loi pathologique qui veut que de deux organes enflammés simultanément, le plus malade éteigne pour un temps les symptômes de celui qui l'est moins, a donné naissance à des théories absurdes sur la métastase du pus blennorrhagique.

Ophthalmie blennorrhagique. Cette complication est excessivement grave, elle a plusieurs fois détruit irrémissiblement la vue d'un œil en moins de quarante-huit heures. Il est démontré aujourd'hui qu'elle n'est pas toujours due à une inoculation directe du pus blennorrhagique. Cette ophthalmie débute par un sentiment de cuisson et de la rougeur de la conjonctive. L'inflammation marche rapidement, et au bout de vingt-quatre heures il existe un chémosis énorme; la conjonctive est d'un rouge-sang, la cornée troublée, et le sillon oculo-palpébral rempli d'un pus blanc et épais. Si la maladie n'est point arrêtée dans sa marche, elle se termine par l'obscurcissement de la cornée, et souvent par son ulcération et la perte de l'œil.

L'*arthrite* est une complication de la blennorrhagie pour laquelle on ne peut invoquer l'inoculation directe; il faut ici, de toute nécessité, reconnaître que l'idée organicienne est insuffisante pour expliquer la succession des symptômes, et revenir forcément à considérer la blennorrhagie comme une maladie *totius substantiæ* contenant en puissance toutes les affections que nous décrivons en ce moment.

L'arthrite blennorrhagique est habituellement monoarticulaire. Elle a une bien plus grande fixité que l'arthrite rhumatismale; elle peut persister pendant des mois et devenir l'origine d'une tumeur blanche particulière.

Nous devons signaler comme des complications de même nature que l'arthrite l'*endocardite*, la *péricardite* et

la *pleurésie* blennorrhagiques. Ces complications sont excessivement rares.

La blennorrhagie entraîne souvent à sa suite, surtout quand elle a été répétée, le retrécissement du canal de l'urèthre, l'engorgement de la prostate, le catarrhe de la vessie et l'inflammation chronique de toutes les voies urinaires. Ces accidents ultimes de la blennorrhagie empoisonnent l'existence d'un grand nombre de vieillards et sont une cause puissante de mortalité.

Forme bénigne. — Elle parcourt toutes ses périodes en trois semaines ; elle est peu douloureuse, et les signes de l'inflammation uréthrale sont très-peu marqués. Elle guérit spontanément. Il faut compter dans la forme bénigne la blennorrhagie bornée au gland et au prépuce chez l'homme (*balanite*) et à la vulve chez la femme.

Forme grave ou cordée. — Elle a été distinguée depuis longtemps à cause du symptôme excessivement douloureux qui lui a valu son nom. Elle est caractérisée par l'inflammation du tissu érectile propre au canal de l'urèthre, en sorte que le canal présente au toucher un cylindre dur et douloureux. L'inflammation du tissu propre de l'urèthre le rend inextensible et lui fait perdre ses propriétés érectiles ; et lorsque les corps caverneux entrent en érection, l'urèthre ne peut plus suivre le mouvement, il ne s'allonge pas et recourbe la verge comme si une *corde* était fixée du périnée à l'extrémité du gland. Ce symptôme est extrêmement douloureux, et la membrane muqueuse de l'urèthre, tiraillée outre mesure, se rompt et donne lieu à de petites hémorrhagies.

Cette forme de la blennorrhagie est accompagnée de symptômes inflammatoires violents ; elle se complique

souvent d'abcès, et sa durée est fort longue. On observe quelquefois comme phénomène consécutif une impuissance relative due au mécanisme suivant : le tissu érectile de l'urèthre ne recouvre point ses propriétés, et comme celui du gland n'est que son expansion, il en résulte que ce dernier organe ne participe plus à l'érection générale.

Plus que toutes les autres formes, la blennorrhagie cordée entraîne à sa suite les retrécissements et les affections de la vessie et de la prostate, dont nous avons déjà parlé.

Traitement. — Il faut bien savoir qu'on ne *coupe* pas la blennorrhagie et que pendant la première période le rôle de médecin doit se borner à combattre les accidents.

Au début, *cannabis* teinture mère, à la dose de 1 gr. dans une potion de 200 gram. une cuillerée toutes les deux heures, modère habituellement les symptômes inflammatoires.

Cantharis 3e dilution est indiqué par les érections douloureuses et m'a très-souvent réussi. *Copahivæ,* qui a parmi ses symptômes l'inflammation du canal de l'urèthre, est aussi indiqué dans cette période. Plus tard, quand l'inflammation est tombée, on réussit très-rapidement à guérir l'écoulement avec des injections contenant de 50 centigr. à 1 gr. de la première dilution de *corrosivus* dans 100 gr. d'eau. Ces injections sont renouvelées trois et quatre fois par jour.

L'*épididymite* n'a pas de meilleur remède que *pulsatilla* 3e, 2e, 1re dilutions, trois à dix gouttes dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les trois ou quatre heures; viennent ensuite *clematis erecta* et *tarentula*.

Le traitement *homœopathique* de l'ophthalmie blen-

norrhagique est encore fort peu avancé, et pour peu que le traitement que nous allons indiquer ne donne pas de résultat immédiat, nous conseillons d'avoir recours aux cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent.

Pulsatilla et *mercurius* sont les deux médicaments indiqués par les symptômes, mais il faut y joindre des injections avec la solution de *corrosivus* indiquée plus haut. Ces injections seront répétées toutes les deux heures. J'ai obtenu des résultats très-heureux et très-prompts de ce traitement dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés qui est souvent une ophthalmie blennorrhagique.

On trouvera aux chapitres du rhumatisme, de la pleurésie et de la péricardite, le traitement de ces affections quand elles se développent sous l'influence de la blennorrhagie.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE LA PROSTATE

Ces affections sont principalement du domaine de la chirurgie. Nous dirons seulement un mot de la prostatite et des localisations *scrofuleuses* et *cancéreuses*.

PROSTATITE.

Elle est caractérisée anatomiquement par l'inflammation de la prostate. Constitue-t-elle jamais une maladie essentielle ? Le fait est douteux. On le rencontre surtout dans deux circonstances : chez les hémorrhoïdaires et comme une suite de la blennorrhagie. Elle peut affecter une marche aiguë et se terminer par la formation d'abcès, c'est la *prostatite* proprement dite ; elle peut au contraire prendre les allures d'une maladie chronique, et c'est le cas le plus fréquent ; elle est alors décrite sous le nom d'*engorgement* de la prostate.

La *prostatite* se développe quelquefois en l'absence de la blennorrhagie, chez les hémorrhoïdaires, à l'occasion de fatigues, d'un long voyage en chemin de fer, par exemple ; mais le plus souvent elle est produite par la propagation de l'inflammation du canal de l'urèthre, au même titre et par le même mécanisme que la cystite et l'épididymite.

Les symptômes acquièrent habituellement une assez grande violence ; mouvement fébrile intense, douleur

continue, augmentant par le mouvement, par la miction, par la défécation, par le toucher rectal. Ce mode d'examen permet de constater une grande élévation de la température et l'existence d'une tumeur dans la région de la prostate; il y a du ténesme vésical et le plus souvent une constipation opiniâtre; la maladie s'accroît habituellement pendant le premier septénaire; et si elle se termine par résolution, les symptômes décroissent rapidement et la guérison est complète après quelques jours. Si la maladie doit se terminer par un *abcès*, le mouvement fébrile augmente, les douleurs deviennent pulsatives, et le toucher permet bientôt de constater une fluctuation évidente. L'histoire de ces abcès ne présente rien de particulier; seulement, à cause de leur situation dans une région très-riche en tissu cellulaire, il importe de les ouvrir le plus tôt possible, afin d'éviter des décollements considérables et fort difficiles à guérir.

L'*engorgement* de la prostate est une inflammation parenchymateuse à marche chronique. Dans les premiers temps, elle s'accompagne d'un petit nombre de symptômes; mais, quand le développement de l'organe est devenu considérable, elle gêne beaucoup l'émission des urines et des matières fécales et donne lieu à des rétentions souvent fort difficiles à vaincre, en particulier pour le canal de l'urèthre. Il est nécessaire de se rappeler que cette affection de la prostate est toujours liée à des reliquats de blennorrhagie, en sorte que l'on constate en même temps des rétrécissements et des catarrhes de la vessie qui modifient singulièrement la physionomie et la marche de la maladie. Le diagnostic de l'engorgement se fait surtout à l'aide du toucher rectal.

Traitement. — *Bryonia* et *pulsatilla* sont les deux principaux médicaments de la prostatite aiguë. Si l'abcès se

forme, il faudra faire intervenir *hepar sulfuris* et *silicea*. Contre l'engorgement de la prostate, nous conseillons principalement *mercurius, iodium* et *conium*.

Les *tubercules* de la prostate coïncident presque toujours avec les tubercules du testicule. Cette complication est grave, parce que les tubercules ramollis s'ouvrent difficilement une voie à l'extérieur. Le *traitement* est le même que dans le sarcocèle scrofuleux.

Le *cancer* de la prostate est une affection toujours mortelle. Le diagnostic se tire des douleurs, mais principalement de l'existence d'une tumeur volumineuse, bosselée, d'inégale consistance. En général, le cancer de la prostate marche vite; comme toutes les tumeurs de cette région, il peut se compliquer d'une rétention d'urine. Le *traitement* est nul.

HYDROCÈLE, TUBERCULES

CANCER DU TESTICULE. — TESTICULES SYPHILITIQUES.

Nous ne dirons qu'un mot sur le diagnostic et le traitement de ces affections qui sont presque complétement du domaine de la chirurgie.

l'*hydrocèle* est constituée par une tumeur pyriforme et transparente, moins pesante que les autres tumeurs du scrotum. L'*injection* de quelques cuillerées d'eau iodée à l'aide d'un trocart capillaire suffit habituellement à la guérison de cette maladie, pourvu qu'on veuille bien attendre six semaines et deux mois après l'opération. Si ce moyen ne réussit pas, on peut augmenter la force de l'injection jusqu'à un tiers de teinture pour deux tiers d'eau.

Les *tubercules* se localisent dans l'épididyme et dans

le testicule. Ils se présentent sous forme de tumeurs multiples, qui suppurent et s'ulcèrent isolément. Les deux testicules sont pris le plus souvent. Cette affection qui marche très-lentement est quelquefois suivie de tuberculisation dans d'autres organes, complication qui peut entraîner la mort des malades.

Les médicaments principaux sont *sulfur, conium maculatum* et *iodium*. Il faut étudier ces trois médicaments en variant les doses et en insistant sur celui qui réussit le mieux. *Silicea* convient principalement quand les tubercules sont suppurés et ulcérés. *Tarentula*, indiqué dernièrement, ne m'a pas réussi dans le seul cas où je l'ai administré.

Cancer du testicule. Il siége habituellement d'un seul côté; il produit une tumeur considérable, lourde, bosselée; et plus tard l'engorgement du cordon et des ganglions lombaires.

Cette tumeur présente fréquemment des douleurs lancinantes, elle se ramollit et donne lieu à des ulcères saignants et végétants. La *castration* est une triste ressource, tous les médicaments ont échoué jusqu'ici.

Testicule syphilitique. C'est une affection intermédiaire à la 2e et à la 3e période de la syphilis; elle peut occuper les deux testicules, mais le plus souvent elle reste bornée à un seul. Habituellement complétement indolente, elle offre quelquefois comme symptôme précurseur des douleurs lombaires nocturnes. Elle siége dans le testicule lui-même et non dans l'épididyme comme l'affection blennorrhagique. Le testicule perd son élasticité naturelle; il constitue une tumeur lourde, indolente, dure et assez régulièrement pyriforme.

La marche de l'affection est essentiellement chronique; elle n'a aucune tendance à une guérison spontanée, il est bien rare qu'elle se termine par la suppuration.

Le TRAITEMENT est celui de la syphilis de forme commune.

PRIAPISME.

Symptôme qui s'observe principalement dans l'empoisonnement par les cantharides et dans la blennorrhagie ; c'est aussi un signe de la pierre et de certaines affections du cervelet, du bulbe rachidien et de la moelle épinière.

Dans l'empoisonnement par les cantharides, le *camphre* à haute dose et l'*opium* sont les deux principaux médicaments. Dans les autres circonstances et en particulier dans la blennorrhagie, *cantharis* est extrêmement efficace ; viennent ensuite *euphorbium* et *nitri acidum*.

IMPUISSANCE.

L'impuisance chez l'homme consiste dans une absence d'érection ; cette absence est complète ou incomplète. L'impuissance entraîne l'infécondité ; mais elle s'en distingue parce que l'*infécondité* peut exister avec toutes les apparences de la virilité.

L'*impuissance complète* est le symptôme de la castration ou de l'absence congénitale des testicules. On l'observe dans la paraplégie, à la fin de l'ataxie locomotrice ; c'est un symptôme habituel du diabète et de toutes les cachexies. Mais il y a des exemples fort rares d'impuissance complète chez des hommes du reste bien conformés et en l'absence de toute maladie. Cette impuissance est incurable.

Nous devons dire un mot de l'*impuissance transitoire*

due à des impressions morales. Cette affection, qui s'observe chez des hommes timides et défiants de leurs propres forces, se guérit habituellement par la cessation des causes qui l'ont produite. C'est souvent un symptôme de l'hypochondrie.

L'*impuissance incomplète* s'accompagne habituellement de spermatorrhée. Les malades qui présentent cette affection sont pris, sous l'influence d'excitation génitale directe ou indirecte, d'une érection le plus souvent très-incomplète, quelquefois complète, mais suivie immédiatement d'une éjaculation sans énergie. Dans le degré le plus faible de cette impuissance, les malades peuvent pratiquer le coït; mais cet acte est extrêmement rapide, l'éjaculation ayant lieu immédiatement ou presque immédiatement après l'introduction de la verge. Cet état s'accompagne le plus souvent de pollutions nocturnes fréquentes, il conduit le malade à une hypochondrie profonde et détermine plus ou moins vite un état d'épuisement excessif.

Les hommes qui ont fait des excès vénériens, les onanistes surtout, sont à peu près les seuls qui présentent cette impuissance. Cependant on l'observe encore dans la première période de l'ataxie locomotrice, de la paralysie générale et de la démence.

Traitement. — Les bains froids, les bains de mer, les bains de Wildbad, de Gastein, de Pfeffers, et l'hydrothérapie, produisent d'heureux résultats quand la maladie n'est pas trop avancée. Les médicaments principaux sont *selenium, sulfur, natrum muriaticum, conium, agnus castus berberis vulgaris, lycopodium.*

Tous ces médicaments présentent les symptômes suivants : absence et faiblesse d'érection ; éjaculation trop prompte et sans énergie ; pollution fréquente ; faiblesse

excessive après le coït ; parties génitales froides, petites, rétractées ; testicules pendants ; évacuation de liqueur prostatique pendant les selles. Le *selenium* présente en outre *prurit* et *chatouillement* aux parties génitales ; idées lascives.

Sulfur se distingue par des sueurs fétides aux parties génitales ; par la couleur bleuâtre de la verge. *Natrum muraiticum, odeur forte et fétide des parties génitales ; pollution après le coït ; lascivité.* Les *pollutions immodérées, le gonflement des testicules* et les excès vénériens antérieurs feront choisir *conium*. *Agnus castus* et *berberis* ne présentent rien de particulier. *Lycopodium* présente une alternative d'érection et d'impuissance.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE LA MATRICE

Nous décrirons, dans ce chapitre, la *métrite parenchymateuse,* le *catarrhe* de la matrice, la *congestion utérine,* les *corps fibreux,* les *polypes* et le *cancer,* la *métrorrhagie,* le *phlegmon péri-utérin* et l'*hémorrhagie péri-utérine,* l'*aménorrhée,* la *dysménorrhée,* l'*hystéralgie,* les *déplacements* utérins et les *vices de conformation.*

Pour comprendre la pathologie de l'utérus, il faut savoir que presque toujours ses affections sont des localisations de *diathèses,* de *maladies constitutionnelles* ou de *cachexies.*

La *métrite parenchymateuse à marche chronique* en particulier ne se développe que chez les scrofuleuses, les dartreuses, les hémorrhoïdaires, les goutteuses ou les chlorotiques, et chacune de ces maladies imprime à la métrite un caractère et une marche déterminés.

C'est seulement en se plaçant à ce point de vue que l'on comprendra l'étiologie des maladies de l'utérus. Les accouchements, les avortements surtout, sont des causes occasionnelles fréquentes du développement de ces maladies ; combien de femmes, cependant, ont des accouchements et des avortements nombreux sans jamais souffrir de l'utérus. Mais qu'une fluxion hémorrhoïdaire ou goutteuse vienne à succéder à la fluxion et à l'inflammation, suite directe de l'accouchement, et l'organe reste malade pendant des années.

Les *déviations* utérines dont on a si malheureusement

voulu faire des maladies, il y a quelques années, sont *physiologiques* et *normales*. Jamais elles ne produisent de souffrances tant que l'utérus est sain. Mais qu'une des affections chroniques de l'utérus vienne à se développer, le déplacement augmente et devient à son tour la cause de la longueur de ces maladies et un des obstacles qui s'opposent à la guérison.

Quant à la *fréquence actuelle* des affections de l'utérus, nous l'attribuons sans hésitation aux pratiques de l'*onanisme conjugal* d'une part ; et de l'autre à l'absence de l'*allaitement*. L'allaitement est une fonction nécessaire après l'accouchement; il excite dans l'utérus des contractions fort analogues à celles produites par le *seigle ergoté*. Ces contractions ont pour résultat de détruire la congestion dont l'utérus est le siége après l'accouchement.

Si l'allaitement est supprimé, l'utérus a beaucoup de chance pour rester engorgé fort longtemps ; et si l'influence de la scrofule, ou des hémorrhoïdes, ou de toute autre maladie vient s'ajouter à la congestion qui suit les couches, l'utérus reste atteint de maladies chroniques. L'immunité presque complète des paysannes vis-à-vis des affections chroniques de l'utérus, malgré toute absence de soins après l'accouchement, n'a pas d'autres causes que l'allaitement.

DES MOYENS D'EXPLORATION DE L'UTÉRUS.

Ce sont la *palpation*, le toucher vaginal et le toucher rectal, le *spéculum*, la *sonde utérine*.

La *palpation* ne peut atteindre l'utérus que lorsque cet organe est augmenté de volume. Elle fait connaître sa place, sa consistance, sa mobilité, son degré de sensibilité; combinée avec le toucher, la palpation fait connaître assez exactement le volume de l'utérus.

Le *toucher vaginal* est certainement le mode d'exploration qui fournit les renseignements les plus utiles et les plus nombreux pour le diagnostic des affections utérines. Pour le pratiquer on fait coucher la femme sur le dos, le siége légèrement relevé, les jambes fléchies, les cuisses dans l'abduction. Le bord radial du doigt indicateur est porté sur le périnée et de là ramené en avant jusqu'à ce qu'il rencontre l'ouverture du vagin, dans lequel il penètre facilement. Pour juger de l'abaissement et des autres déplacements de l'utérus, il est quelquefois utile de toucher la femme debout.

Chez la femme qui n'a pas eu d'enfant, le col est dur, conique, insensible. La muqueuse adhère intimement au tissu sous-jacent. Le doigt reconnaît facilement la fossette qui marque l'orifice externe du col utérin. Cet orifice est arrondi, lisse et égal sur ses bords. Chez la femme qui est accouchée, le col est gros, plus mou, plus ou moins entr'ouvert; la fente est transversale, elle présente des lèvres inégales, déchirées, et des duretés cicatricielles.

Le toucher fait reconnaître la longueur, la consistance, la direction du col; il permet même de diagnostiquer les ulcérations de cet organe. Combiné avec la palpation, cet examen permet de reconnaître le volume et la mobilité de l'utérus. C'est aussi le moyen de diagnostiquer les *inversions* et les *inflexions* de l'utérus.

A moins d'une maladie bien grave, et d'un diagnostic impossible par toute autre voie, on doit s'abstenir du toucher et à plus forte raison du spéculum chez les vierges; et si on est obligé de le pratiquer, il faut prendre tous les soins nécessaires pour ne pas déchirer l'*hymen*.

Le *toucher rectal* peut, jusqu'à un certain point, remplacer le toucher vaginal; il permet de sentir le col à travers la paroi du rectum. Cette exploration est utile

pour juger des déplacements de l'utérus et de la présence de tumeurs dans la paroi postérieure de l'utérus ou d'engorgement dans le cul-de-sac utéro-rectal.

Examen au spéculum. La femme étant dans la même position que pour le toucher, le spéculum, muni de son embout, est introduit dans le vagin ; les petites lèvres étant préalablement écartées avec les doigts de la main gauche. Chez les femmes dont la vulve est étroite et douloureuse, l'instrument doit être introduit très-doucement. Je me sers, le plus souvent, d'un spéculum d'une seule pièce, dont l'extrémité antérieure est coupée un peu obliquement, de manière à se prêter plus facilement à la différence de longueur de la face antérieure et de la face postérieure du col utérin ; c'est le spéculum de *Fergusson*. Chez les femmes dont le vagin est étroit et douloureux il y a avantage à se servir du spéculum à trois valves qui s'introduit fermé et s'ouvre graduellement.

L'inspection au spéculum fait reconnaître la *couleur* du col et des parois vaginales ; la présence ou l'absence d'ulcérations, de végétations, de polypes ; et il permet de reconnaître la couleur et les autres qualités physiques des liquides qui s'écoulent de l'utérus, avant leur mélange à ceux que sécrète le vagin. C'est donc un moyen de diagnostic très-important. Ajoutons que c'est un moyen de traitement fort souvent nécessaire, puisqu'il facilite tous les *pansements* et toutes les *opérations* qui doivent se pratiquer sur l'utérus et le vagin.

Nous proscrivons presque entièrement l'usage de la *sonde utérine* dans le diagnostic des maladies de l'utérus. Nous dirons plus loin que c'est un instrument dangereux qui a causé un grand nombre d'accidents. Employée avec une extrême prudence et par un médecin exercé, la sonde utérine permet d'apprécier la longueur du col et la profondeur de la cavité utérine ; elle fait constater

les rétrécissements et les oblitérations de la cavité du col utérin, et c'est là sa plus grande utilité. Enfin, elle peut servir à accrocher le col et à ramener l'orifice utérin au centre de l'instrument dans l'examen au spéculum.

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE.

Elle est caractérisée anatomiquement par l'inflammation du tissu de l'utérus. Cette affection présente de profondes différences dans sa marche. Nous décrirons la *forme commune,* la *forme hémorrhagique,* la *forme bénigne* et la *forme grave* qui est presque toujours symptomatique de la fièvre puerpérale.

Forme bénigne. — Elle est caractérisée par une marche rapide et par l'absence de gravité. Cette forme de métrite reconnaît pour cause la suppression des règles par le froid, principalement par des injections froides, ou par une émotion morale, les excès de coït et fort souven les opérations pratiquées sur l'utérus.

La maladie débute par un mouvement fébrile et une douleur dans l'hypogastre ; cette douleur retentit dans les reins, vers le sacrum ; elle s'accompagne de ténesmes rectal et urinaire ; elle s'aggrave par la marche, les mouvements de la voiture et par la palpation. Le toucher permet de constater une extrême sensibilité du col de l'utérus et une grande élévation de température. La muqueuse du col est très-rouge et excoriée. Le mouvement fébrile qui manque dans les cas très-bénins, s'accompagne souvent de vomissement et dure de quatre à sept jours. Vers la fin du premier septénaire, les symptômes de douleur et de chaleur cessent aussi ; il y a quelquefois

une crise par une hémorrhagie utérine, d'autres fois par une abondante leucorrhée ; puis la maladie se termine dans le cours du deuxième ou du troisième septénaire.

Forme commune. — Elle est caractérisée par une durée très-longue ; par une marche habituellement chronique ; par un *engorgement* plus ou moins considérable de l'utérus.

Cette forme de métrite est avec le catarrhe utérin l'affection de matrice que l'on rencontre le plus souvent. Il faut se rappeler ce que nous avons dit aux généralités, à savoir : que les diathèses et les maladies constitutionnelles se localisent souvent sur l'utérus, tantôt sous forme de métrite, tantôt sous forme de catarrhe, et que ces maladies impriment aux affections utérines une marche et des symptômes particuliers. Si les *gynécologistes* (c'est ainsi que se dénomment les médecins qui s'occupent spécialement des affections utérines) n'étaient pas aveuglés par un organiscisme étroit, il y a longtemps qu'ils auraient tracé la nosographie des affections utérines ; mais leurs travaux sont nuls sur ce point, et nous engageons les médecins à étudier eux-mêmes ces affections et à ne plus abandonner à une spécialité illégitime l'étude et le traitement de cette partie de la pathologie.

La métrite de forme commune peut se localiser exclusivement sur le col, d'où une variété dont on a beaucoup exagéré l'importance, *métrite du col*, et qui ne diffère guère de la métrite du corps que par les signes physiques.

La métrite de forme commune commence sourdement, ou bien elle éclate plus brusquement à la suite d'une des causes occasionnelles de la maladie : accouchement, excès de coït, en même temps refroidissement. Elle marche lentement et présente de temps à autre des exa-

cerbations, pendant lesquelles tous les symptômes prennent une plus grande intensité ; enfin, elle finit toujours par amener la *cachexie utérine*.

Pendant sa période d'état, la métrite présente deux symptômes principaux : la douleur et l'augmentation du volume de l'utérus. La douleur siége habituellement dans l'hypogastre et dans les reins, et elle s'irradie dans les aines et dans le haut des cuisses. Souvent cette douleur retentit dans l'un des ovaires et spécialement dans l'ovaire gauche ; et là elle acquiert une intensité plus considérable qu'à l'hypogastre. Bennet fait de cette douleur ovarienne le signe de l'inflammation du col de l'utérus.

La douleur augmente par la pression et par tous les mouvements ; et, pendant les périodes d'exacerbation, elle se calme à peine par le décubitus et contraint les malades à rester constamment étendues.

L'augmentation du volume de l'utérus peut être facilement constatée par le toucher et la palpation ; cette augmentation peut être assez considérable pour qu'on puisse atteindre le fond de l'utérus dans l'hypogastre. Les versions et les flexions naturelles de l'utérus se trouvent exagérées par cette augmentation de volume qui est toujours liée à un poids plus considérable. On trouve donc habituellement l'utérus dans la *retro* ou dans l'*ante version*, en même temps qu'il est un peu abaissé.

Le col est habituellement dur et un peu douloureux au toucher ; l'élévation de température n'existe que pendant les périodes d'aggravation.

La membrane muqueuse peut être pâle ; d'autres fois elle est d'un rouge violacé, souvent elle présente des *exulcérations*. Les *ulcérations* du col de l'utérus dont on a fait tant de bruit et auxquelles on a prodigué le traitement par les cautérisations, sont habituellement liées à la métrite ; elles augmentent pendant les périodes d'exacerba-

tion ; elles diminuent et même disparaissent complétement, comme je m'en suis assuré bien des fois, pendant les rémissions ; enfin, elles exigent rarement un traitement local.

Les ulcérations siégent habituellement au pourtour de l'ouverture du col, principalement sur la lèvre inférieure; elles sont extrêmement rouges, d'autres fois violacées, souvent granuleuses. Ce sont là ces fameuses *granulations* du col utérin, qui ont fait condamner tant de femmes à des cautérisations bi-hebdomadaires, cautérisations dont on peut le plus souvent se passer.

A ces deux symptômes principaux de la métrite il faut ajouter une leucorrhée variable, due soit aux ulcérations, soit à un catarrhe concomitant de la muqueuse utérine. Nous reviendrons sur ce signe dans le chapitre suivant.

La métrite s'accompagne en outre du ténesme vésical et rectal, d'un état nauséeux, analogue à celui des femmes enceintes, de constipation et quelquefois de diarrhée. Les règles sont habituellement retardées et diminuent de quantité ; elles s'accompagnent de coliques et sont une occasion fréquente de l'exacerbation des symptômes.

La maladie marche ainsi constituée pendant des années, avec ses périodes d'exacerbation et de rémission ; les unes régulières venant à propos des règles ; les autres irrégulières et développées par une fatigue, un refroidissement, un changement de saison et le plus souvent en dehors de toute cause saisissable. Puis la période de *cachexie* s'établit, elle s'annonce par de l'*anémie* qui ici revêt tous ses signes habituels. Il faut y ajouter des névralgies diurnes, des gastralgies et un état nerveux plus ou moins prononcé. A ce moment, la femme est pâle, très-amaigrie, essouflée, en proie à des douleurs continuelles, condamnée à un repos plus ou moins absolu.

Cependant la vie se traîne ainsi pendant des années, et, si la malade ne succombe pas à une affection intercurrente, elle arrive à l'âge critique, époque à laquelle se produit un mieux relatif.

Forme hémorrhagique. — Elle est caractérisée anatomiquement par un état fongueux, habituellement limité au col; elle s'accompagne d'un écoulement sanguin très-facile, et de règles beaucoup trop fortes qui prennent souvent la forme d'hémorrhagie.

C'est dans cette variété que nous faisons rentrer les *ulcérations fongueuses* du col. C'est aussi à la *métrite hémorrhagique* que nous rattachons les fongosités saignantes de la muqueuse utérine, fongosités pour lesquelles Récamier avait institué le pernicieux traitement de l'*abrasion*.

La variété hémorrhagique s'accompagne, plus souvent que les autres métrites, d'une leucorrhée abondante. Elle amène rapidement l'anémie et l'état cachectique; sa marche est plus rapide et elle présente des rémissions moins longues et moins complétes que la métrite ordinaire.

Etiologie et influence des autres maladies sur la production de la métrite. — Nous rappelons d'abord ce que nous avons dit, dans nos considérations générales, sur l'influence des déviations de l'utérus et sur l'absence de l'allaitement, comme cause de développement des affections utérines.

Quant aux caractères imprimés à ces affections par les maladies dont elles ne sont qu'un symptôme, nos études sont encore fort incomplètes. Cependant nous pouvons déjà poser quelques jalons.

C'est surtout chez les femmes à la fois scrofuleuses et

hémorrhoïdaires que l'on observe le plus d'affections utérines. L'engorgement persistant du col de l'utérus, les écoulements muco-purulents et les ulcérations profondes appartiennent surtout à la scrofule; les variétés hémorrhagiques se rattachent à la maladie hémorrhoïdaire. La *dartre* donne des affections utérines caractérisées par un prurit excessif, et par l'écoulement d'un liquide séreux transparent; souvent par une éruption herpétiforme sur le col utérin. La *chlorose* détermine principalement une affection catarrhale de la muqueuse utérine.

Métrite de forme grave. — Elle succède à une opération pratiquée sur l'utérus ou à un accouchement; elle s'accompagne d'un état général excessivement grave, marche très-rapidement, et se termine souvent par la mort. C'est habituellement une affection de la diathèse purulente; le mouvement fébrile est intense; vomissements et frissons au début, chaleur sèche et brûlante, grande prostration, douleur quelquefois violente au début, bientôt nulle. Après l'accouchement, les lochies acquièrent une fétidité excessive. Quand la maladie fait des progrès, la prostration augmente, il s'y joint du délire et du coma, des tendances à la lipothymie, des sueurs froides, et les malades succombent à la fin du premier septénaire.

Traitement. — La *forme bénigne* demande : *aconitum, belladona, chamomilla* et *pulsatilla*. *Aconitum* tout à fait au début s'il y a un mouvement fébrile bien marqué; *belladona* convient ensuite, ou de prime abord s'il n'y a pas beaucoup de fièvre. Ce médicament est indiqué par une douleur intense dans l'hypogastre, avec le sentiment de quelque chose de gros qui tend à tomber par la vulve; douleur des reins extrême; j'ai souvent réussi avec ce

médicament tout seul. *Chamomilla* convient davantage si les douleurs sont plus vives, et sous forme de coliques. *Pulsatilla* correspond tout à fait aux coliques utérines. J'emploie tous ces médicaments à la 3e dilution et à la 3e trituration.

Les bains tièdes, les cataplasmes, les lavements émollients, favorisent l'action des médicaments.

Forme commune. Les gynécologistes sérieux regardent cette forme comme à peu près incurable, si ce n'est par le progrès de l'âge ou par une grossesse bien difficile à obtenir dans de semblables circonstances. « Lorsque l'affection est invétérée, et que l'organisation des matières épanchées dans le parenchyme est déjà très-avancée, il faut renoncer à l'espoir d'obtenir une guérison complète. » (Scanzoni, *Traité pratique des maladies de la femme*, p. 143.) Nous avons cru utile de rapporter ce passage d'un médecin aussi autorisé dans la matière pour empêcher le médecin homœopathe de se décourager devant le succès si lent et quelquefois incomplet que lui donnera l'emploi des médicaments ; et aussi pour le soustraire à la tentation d'employer les moyens de traitement souvent si dangereux, toujours si inutiles, mis en pratique par de prétendus spécialistes.

Les médicaments principaux réclamés par cette forme de la métrite sont : *causticum, nux vomica, aurum, iodium, plumbum, sepia,* et *arsenicum*.

Causticum est surtout indiqué quand les douleurs sont vives et pendant les périodes d'exacerbation ; il faut l'alterner avec *belladona*. Je me suis bien trouvé d'administrer ce médicament quelques grammes de la 3e dilution dans un bain tiède.

Nux vomica dans les mêmes circonstances que *causticum*, mais chez les hémorrhoïdaires.

Aurum a guéri un certain nombre de métrites chroni-

ques avec induration du col et descente de la matrice. Je le prescris de la 3e à la 30e dilution.

Iodium est indiqué par un engorgement considérable et par une leucorrhée abondante; il convient aux scrofuleuses.

Sepia est indiqué par une douleur pressive avec chaleur; par une leucorrhée très-liquide, quelquefois claire comme de l'eau, quelquefois opaque et louche comme du pus ; par des règles trop fortes ou trop faibles, toujours en avance.

Plumbum m'a donné quelques succès, mais je ne puis préciser ses indications.

Arsenicum convient surtout quand il y a de grandes démangeaisons, des ulcérations du col et un écoulement séreux. Ce médicament est indiqué chez les dartreuses.

J'ai trouvé utile de joindre au traitement interne l'usage du même médicament appliqué sur le col utérin. Pour l'iode j'emploie la teinture ordinaire, ou un mélange, parties égales, d'iode, d'iodure de potassium et de glycérine. Ce dernier mélange est trés-caustique. Pour *aurum, sepia* et *arsenicum,* j'ai fait confectionner de petits crayons avec la substance pour *sepia* et *arsenicum,* avec la 3e trituration pour *aurum.* Ces médicaments sont mélangés au 1000e, et même au 10000e pour l'arsenic, avec la gomme adragante et la glycérine. Ces petits crayons, gros comme une plume d'oie, longs de 3 centimètres, sont introduits dans le col utérin; un tampon de ouate les maintient en place pendant vingt-quatre heures.

J'ai trouvé plus efficace, dans les derniers temps, de faire préparer ces substances, et aussi l'*acétate de plomb* et le *muriate d'or,* sous forme liquide, soit avec de l'eau, soit avec de la glycérine; le muriate d'or et l'acétate de plomb sont préparés au 100e. On verse une cuillerée à café de l'un de ces liquides dans un cataplasme vaginal

au moment de l'introduire. Ce cataplasme doit être fait avec de la graine et non de la farine de lin, et renfermé dans une poche de mousseline. La femme l'introduit elle-même, ce qui est un grand avantage, et le garde toute la nuit.

Dans les cas où le col présente des ulcérations persistantes, la teinture d'iode en vient habituellement à bout; quelquefois je l'ai remplacée avantageusement par un mélange au 1000e d'arsenic et d'amidon. Cette poudre doit être maintenue sur le col à l'aide d'un tampon de ouate. Dans certains cas difficiles à préciser, une solution concentrée de nitrate d'argent est préférable. Quant au *fer rouge*, dans une pratique de plus de vingt-cinq ans, je n'ai jamais été obligé d'y avoir recours.

Les bains de siége froids de 20 à 24 degrés centigrades, prolongés pendant dix minutes, rendent quelquefois d'incontestables services. Pour certaines femmes, il faut élever la température à 26 et 28 degrés; mais, pendant les périodes d'aggravation, les bains chauds soulagent beaucoup plus les malades. Les *injections froides* en temps ordinaire, les injections chaudes pendant les douleurs, constituent encore un adjuvant utile.

Les eaux minérales jouent un rôle important dans le traitement de la métrite chronique. *Ems* et *Ussat* dans les premières périodes; quand l'affection est très-douloureuse, et qu'elle s'accompagne de phénomènes nerveux, *Saint-Gervais* m'a procuré des guérisons dans des cas plus avancés; enfin, *Kissinguen*, *Salins* et *Kreusnach*, dans les cas invétérés.

Traitement de la forme hémorrhagique. Elle demande l'emploi de *phosphorus*, *ledum palustre*, *thlaspi* et *secale cornutum*. Nous renvoyons pour les indications particulières de ces médicaments au traitement de la *métrorrhagie*.

Comme *traitement local*, il faut ajouter les applications de *perchlorure de fer* et de *tannin*.

Traitement de la forme grave. *Aconitum* au début, puis rapidement *secale cornutum* et *arsenicum*. Des *injections* avec parties égales d'eau et d'*alcool* rendent quelquefois de grands services. Si ces injections sont douloureuses, il faut diminuer la quantité d'alcool.

CATARRHE UTÉRIN.

Il est caractérisé par l'inflammation de la muqueuse utérine; souvent cette inflammation se limite au col de l'organe.

Le catarrhe utérin présente deux formes : une *bénigne*, l'autre *commune*. Cette affection est fréquente chez les *chlorotiques*, les *scrofuleuses* et les *dartreuses*. Elle est souvent une suite de la blennorrhagie; elle accompagne les autres affections de l'utérus : *métrite, corps fibreux, polype, cancer*, etc. Les excès de coït la déterminent quelquefois.

La forme bénigne reconnaît toujours une cause occasionnelle : refroidissement général et surtout local; elle s'accompagne de douleur et de pesanteur dans l'hypogastre, d'un sentiment de chaleur dans toute la région sexuelle, et d'un écoulement d'abord séreux, séro-sanguinolent, puis de muco-pus; elle se termine en deux ou trois semaines.

La forme commune est une affection beaucoup plus grave. Quand elle n'est pas une complication de la *métrite*, elle ne s'accompagne ni de douleur, ni de déplacement de

l'utérus; elle présente un symptôme unique : une leucorrhée toute spéciale, et de temps à autre des aggravations pendant lesquelles la malade éprouve un peu de douleur.

Voici les caractères du mucus utérin : c'est un liquide alcalin très-visqueux, formant une sorte de bourbillon fortement adhérent aux parois du col. Le mucus fourni par la cavité même du col est transparent, gris-perle, et plus ou moins semblable à du blanc d'œuf pas cuit ; le liquide fourni par la cavité utérine est souvent puriforme.

Le catarrhe chronique s'accompagne toujours de la dilatation du col et de la dilatation de la cavité utérine. On rencontre fréquemment, mais non toujours, des *ulcérations* variées sur le col de l'utérus.

La marche de cette maladie est comparable à celle de la métrite ; elle présente alternativement des rémissions et des aggravations ; elle est moins douloureuse ; n'oblige pas les malades au repos absolu ; cependant elle finit par amener la *cachexie utérine*.

Traitement. — Il faut ajouter à ce que nous avons dit au chapitre précédent, l'usage de *mezereum, terebenthina, copahivæ* et les eaux minérales sulfureuses.

CONGESTION UTÉRINE.

La congestion utérine est *une lésion* très-fréquente, mais elle n'existe ni à titre de *maladie*, ni à titre *d'affection*, c'est pourquoi nous ne lui consacrerons point de chapitre à part. La congestion est un phénomène qui précède nécessairement l'écoulement des règles et les

hémorrhagies utérines ; c'est encore la lésion obligée des corps fibreux, des polypes et du cancer de l'utérus. Elle n'exige point de description particulière, et celles que l'on trouve dans certains auteurs sont copiées sur l'histoire de la métrite.

CORPS FIBREUX.

Nous sommes obligé d'abréger beaucoup l'histoire anatomique de cette affection. Nous nous bornerons à dire que les corps fibreux sont des tumeurs composées de tissus *homologues* et enkystées dans le parenchyme utérin. On les a divisés en *sous-muqueux*, *sous-péritonéaux* et *interstitiels*, suivant la situation qu'ils occupent. On les rencontre principalement dans la portion supérieure de l'utérus. Les corps fibreux varient depuis la grosseur d'un œuf de pigeon jusqu'à celle d'une tête d'adulte ; ils sont quelquefois multiples.

Les symptômes qui accompagnent ordinairement les corps fibreux sont les hémorrhagies, les douleurs, et des phénomènes mécaniques de compression.

Les hémorrhagies arrivent habituellement pendant les règles, dont l'époque est avancée et la durée prolongée. La quantité de sang perdu est parfois très-grande, et c'est là l'accident véritablement redoutable des corps fibreux. Indépendamment de ces grandes hémorrhagies, il existe souvent une sorte de suintement habituel. Les douleurs sont déterminées par une métrite ou un catarrhe concomitant et par le déplacement de l'utérus, déplacement produit par le poids et le volume des tumeurs.

Les phénomènes de compression se traduisent par la gêne de la défécation et de la miction, et même par un

certain degré de dyspnée quand les corps fibreux sont très-volumineux. Le toucher et la palpation permettent de reconnaître le nombre, le volume et la situation des corps fibreux.

Les corps fibreux ont une marche très-chronique, et il est bien rare qu'ils finissent par disparaître. On a cependant observé cette terminaison après une grossesse. Dans des cas très-rares, ils suppurent en partie ; mais, le plus souvent, après avoir fait souffrir la femme pendant toute la période de la vie menstruelle, après l'avoir épuisée par des hémorrhagies abondantes et continues, ils finissent par s'atrophier un peu, deviennent des corps inertes auxquels l'organisme s'habitue et qui ne gênent plus que par leur poids ; quelquefois ils se sont *ossifiés* en tout ou en partie.

Les corps fibreux de l'utérus peuvent entraîner la mort par hémorrhagie ; les pertes de sang se rapprochent, deviennent continuelles, avec des aggravations qui conservent souvent une certaine régularité ; l'anémie devient extrême, l'œdème et l'anasarque s'établissent, la cachexie est complète, et les malades périssent habituellement dans une syncope.

Traitement. — Il y a ici une indication qui prime toutes les autres : il faut lutter contre les hémorrhagies jusqu'à ce que le retour d'âge, toujours fort tardif dans ces circonstances, vienne amener une guérison naturelle. Nous renvoyons donc au chapitre de la métrorrhagie pour ce qui concerne le traitement des corps fibreux.

Quand à lutter à l'aide de médicament contre le corps fibreux lui-même, nous croyons que c'est entreprendre une œuvre impossible. Les médicaments dilués, les fortes doses d'iode, les eaux énergiques de Salins et de Kreusnach échouent également.

Les Américains ont tenté d'enlever les corps fibreux sous-muqueux et interstitiels par une opération. Nous rejetons complétement ce mode de traitement, par la raison qu'il expose la femme à de grands dangers, et qu'avec les moyens que l'homœopathie nous fournit pour combattre les hémorrhagies, nous n'avons jamais eu à déplorer la mort d'aucun malade par le fait d'un corps fibreux.

POLYPES DE L'UTÉRUS.

Ils sont de deux espèces, les *polypes fibreux* et les *polypes muqueux*.

Les *polypes fibreux* sont des corps fibreux sous-muqueux pédiculés; ils atteignent quelquefois un volume considérable ; déterminent la dilatation de l'utérus et celle du col, comme dans la grossesse, et finissent par sortir de l'utérus et pénétrer plus ou moins loin dans le vagin.

Les polypes fibreux s'accompagnent de douleurs expulsives, de leucorrhée, et surtout d'hémorrhagies graves. Le diagnostic se fait par le toucher et la palpation ; il est quelquefois utile de dilater le col utérin avec l'éponge préparée pour arriver à constater la présence de polype dans l'utérus.

Polypes muqueux. Ce sont des tumeurs pédiculées, constituées par l'hypertrophie des éléments de la muqueuse utérine. Ils sont souvent multiples, et atteignent rarement la grosseur d'un œuf de pigeon. Ils *peuvent tomber spontanément*.

Les polypes muqueux s'accompagnent de leucorrhée, de douleurs et d'hémorrhagies. Les douleurs sont moins intenses et moins constantes que pour les polypes fibreux. Indépendamment des grandes hémorrhagies, on observe

souvent un suintement sanguin presque continu et qui se manifeste surtout après la marche et après le coït.

Traitement. — Le traitement des hémorrhagies est encore ici le traitement principal; cependant on doit tenter de faire tomber le polype avec *thuya, nitri acidum, staphisagria, calcarea carbonica, teucrium mare.* Si les polypes résistent à ce traitement; et que les hémorrhagies soient intenses, on devra opérer le polype. L'arrachement, la torsion, l'excision, la ligature, sont les moyens habituellement employés.

CANCER DE L'UTÉRUS.

La localisation du cancer sur l'utérus est malheureusement une des plus fréquentes; c'est habituellement le col de l'organe qui est primitivement atteint.

Toutes les formes du cancer peuvent se rencontrer ici; mais il n'entre pas dans notre plan de décrire minutieusement une affection donc nous avons déjà fait l'histoire à propos des diathèses; il nous suffira de donner les symptômes communs à tous les cancers de l'utérus et d'en préciser le diagnostic.

Le cancer de l'utérus éclate habituellement de 30 à 50 ans, mais il peut exister avant et après cet âge; les peines morales ont une influence considérable sur sa production.

C'est habituellement une hémorrhagie utérine qui est le premier symptôme appréciable de cette maladie; et il faut se défier grandement de l'apparition d'un écoulement sanguin chez les femmes qui ont cessé d'être réglées. La gène causée par la tumeur, les douleurs souvent atroces, quelquefois nulles; un écoulement séreux, séro-

sanguinolent, séro-purulent, fétide, excoriant les parties complètent l'ensemble des symptômes de cancer de l'utérus.

Le toucher et le spéculum feront connaître l'*immobilité* de l'utérus, l'hypertrophie, le ramollissement, l'ulcération, puis la destruction du col.

Le cancer de l'utérus marche plus ou moins vite suivant les *formes* de la maladie ; en général il est plus rapide chez les jeunes que chez les vieilles femmes.

Les hémorrhagies amènent de bonne heure de l'anémie et précipitent la période cachectique. L'extension de la maladie à la vessie et au rectum devient l'occasion de complications fort pénibles, la communication entre la vessie, le rectum et le vagin. La mort peut arriver par péritonite, par hémorrhagies ou par les progrès de la cachexie.

Traitement. — Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à propos de la diathèse cancéreuse. Une indication particulière ici est de combattre les hémorrhagies utérines. Quand les douleurs sont intenses et qu'elles cèdent ni à *belladona*, ni à *chamomilla*, ni à *kreosotum*, il ne faut pas hésiter à employer l'*opium* à haute dose ; là où nous ne pouvons pas guérir, nous devons du moins soulager. On a conseillé contre le cancer de l'utérus : *arsenicum*, *kreosotum*, *graphites* et *conium* ; ces médicaments retardent la marche de la maladie.

MÉTRORRHAGIE.

La métrorrhagie est caractérisée par un écoulement sanguin en dehors de l'époque de la menstruation, ou par des règles beaucoup trop fortes : cette dernière variété a pris le nom de *ménorrhagie*.

La métrorrhagie est le plus souvent un symptôme; on l'observe à propos de l'avortement et de l'accouchement, dans le cours des tumeurs et des cancers de l'utérus, quelquefois pendant la durée des métrites, mais surtout des pelvi-péritonites. La métrorrhagie est le symptôme principal de la chlorose hémorrhagique; elle survient dans le purpura hemorrhagica; et comme hémorrhagie symptomatique et critique, dans le cours des fièvres et des phlegmasies. Enfin, la métrorrhagie constitue une maladie essentielle qui s'observe principalement, mais non toujours, à l'approche ou pendant l'*âge critique*. Cette métrorrhagie se rencontre surtout chez des femmes sujettes à des épistaxis. On pourrait donc essayer de la faire rentrer parmi les hémorrhagies symptomatiques des *hémorrhoïdes;* mais je l'ai observée dans des cas où il m'a été impossible de constater aucun signe de cette dernière maladie.

La métrorrhagie présente plusieurs variétés fort importantes au point de vue séméiotique et à celui du traitement.

1° Métrorrhagies *fortes, moyennes* ou *faibles*. Les premières s'observent surtout quand l'utérus a été distendu par une grossesse ou par une tumeur. Le sang s'écoule à flots, avec des caillots noirs plus ou moins considérables. A la suite de l'accouchement, cette hémorrhagie peut être mortelle en quelques minutes.

Les *hémorrhagies moyennes* se rapportent surtout aux pelvi-péritonites, à la métrite, et aux maladies qui ne siégent pas dans l'utérus. On peut les observer encore après l'accouchement et l'avortement et surtout dans le cours des tumeurs utérines; elles s'accompagnent en plus de caillots et ont habituellement une durée de plusieurs jours.

Les *hémorrhagies faibles* apparaissent souvent dans l'intervalle des grandes hémorrhagies chez les malades

affectées de polypes, de corps fibreux ; elles constituent le symptôme habituel des métrites hémorrhagiques et du cancer commençant. Elles consistent plutôt dans un suintement continu que dans une véritable perte ; elles durent un grand nombre de jours.

Les hémorrhagies utérines s'accompagnent ou non de dysménorrhée. Les douleurs existent surtout dans le cas où la sortie du sang est rendue difficile par un obstacle au col de l'utérus ou quand il existe des caillots volumineux ; c'est alors un véritable accouchement qui s'opère. La congestion qui précède l'hémorrhagie est aussi une cause de douleur quand l'utérus est malade.

Les hémorrhagies utérines s'accompagnent de symptômes communs à toutes les hémorrhagies.

La métrorrhagie essentielle est habituellement fort abondante ; elle revient périodiquement à l'époque des règles, mais presque toujours avec une avance considérable ; elle peut s'accompagner de douleur ; elle présente des alternatives de mieux et de plus mal, et dure plusieurs années. Quand cette métrorrhagie se manifeste à l'âge de retour, les pertes de sang alternent avec la suppression des règles, et souvent, ne se montrent que tous les trois ou quatre mois.

Traitement.—*Arsenicum, sabina, secale cornutum, crocus, chamomilla, thlaspi, ledum palustre, ignatia, platina, pulsatilla, digitalis, argentum oxydotum, arsenicum, ipeca, china,* sont les principaux médicaments.

Arnica convient dans les hémorrhagies abondantes, surtout si elles sont d'*origine traumatique*.

Sabina convient aux hémorrhagies abondantes, accompagnées de coliques utérines. J'ai presque toujours prescrit ce médicament pendant et après l'avortement. J'emploie habituellement la 3e dilution. Deux ou trois fois,

j'ai prescrit avec succès 1 ou 2 grammes de la 1re trituration.

Secale cornutum convient dans des cas analogues ; mais surtout quand la femme est débilitée par la perte du sang. Ce médicament est principalement indiqué par l'absence de contraction utérine. C'est le médicament des hémorrhagies abondantes à la suite de l'accouchement et de celles qui accompagnent les polypes et les corps fibreux volumineux ; il faut souvent prescrire des 1res triturations et même à la suite de l'accouchement, la substance elle-même par prise de 50 centigrammes, toutes les vingt minutes.

Chamomilla, écoulement de sang abondant avec coliques ; au début de l'avortement, ou pendant la ménorrhagie compliquée de dysménorrhée ; petits frissons, bâillements, diarrhée concomitante ; 3e dilution.

Thlaspi bursa-pastoris est prescrit empiriquement dans la métrorrhagie. J'ai obtenu de très-bons effets de ce médicament dans les métrorrhagies abondantes avec coliques de matrice ; dans la chlorose hémorrhagique ; dans la métrorrhagie essentielle ; et à la suite d'avortement ou d'accouchement. J'ai presque toujours prescrit 1 gramme de teinture mère pour 200 grammes d'eau.

Ledum palustre convient surtout aux petites hémorrhagies, au suintement de sang continuel ; il peut néanmoins réussir dans les hémorrhagies abondantes. La douleur n'est pas une condition nécessaire de son emploi. J'ai obtenu de très-beaux succès de ce médicament dans des hémorrhagies symptomatiques des corps fibreux. J'emploie ordinairement quelques globules de la 12e dilution.

Ignatia et *nux vomica* conviennent à certaines ménorrhagies chez les hémorrhoïdaires. *Ignatia* est surtout indiqué quand les règles avancent ; et presque constam-

ment, s'il ne diminue pas la perte de sang, ce médicament empêche les règles d'avancer.

Platina m'a rendu des services dans des hémorrhagies symptomatiques du cancer et de corps fibreux ; ses indications ne sont pas encore bien précises. J'ai souvent prescrit la 30e dilution.

Crocus, pulsatilla, digitalis, revendiquent aussi quelques succès. J'ai employé rarement *ipeca*, il m'a réussi dans des pertes abondantes. *Argentum oxydatum* diminue sensiblement les grandes pertes symptomatiques des corps fibreux ; il faut donner la 1re trituration.

Arsenicum et *lachesis* s'emploient surtout pour prévenir l'hémorrhagie et *china* pour combattre l'anémie consécutive.

Les applications d'eau froide sur le bas-ventre, les lavements d'eau froide sont des auxiliaires quelquefois utiles. Enfin, quand la perte est très-abondante, il faut pratiquer le tamponnement du vagin. Voici comment se pratique cette opération.

Sur un fil fort et ciré, on attache, à distance de 10 centimètres les uns des autres, 12 à 15 bourdonnets de charpie de la grosseur d'une forte noix. On a ainsi un appareil qui ressemble fort à la queue d'un cerf-volant. Le spéculum étant mis en place, on débarrasse le vagin des caillots qu'il contient, et, avec de longues pinces, on introduit un à un les bourdonnets de charpie. A mesure que ces bourdonnets se placent, on retire le spéculum et on finit par appliquer sur la vulve un gâteau de charpie que l'on maintient par une serviette. Si on n'a pas de charpie, on peut faire le tamponnement avec une éponge traversée d'un gros fil. Il est bon d'imbiber la charpie ou l'éponge avec du perchlorure de fer étendu d'eau dans la proportion d'une moitié ou d'un quart.

Ce tamponnement doit rester en place de douze à

vingt-quatre heures. On le renouvelle si l'hémorrhagie continue.

PELVI-PÉRITONITE.

C'est une affection caractérisée par l'inflammation du péritoine du petit bassin. Longtemps décrite sous le nom de *phlegmon péri-uterin*, la pelvi-péritonite a été parfaitement établie comme affection distincte par les travaux de Bernutz; et, s'il est incontestable qu'il existe quelques cas rares d'inflammation siégeant dans le tissu cellulaire péri-utérin, il ne l'est pas moins que les affections si nombreuses décrites jusque dans ces derniers temps sous le nom de phlegmons péri-utérins sont de vrais *péritonites circonscrites*.

La pelvi-péritonite est le plus souvent symptomatique d'une maladie de l'utérus ou du rectum; d'autres fois, elle constitue une maladie esentielle développée à la suite d'une couche, d'un avortement, d'excès de coït et d'opérations pratiquées sur l'utérus.

La pelvi-péritonite présente plusieurs formes : *forme commune, forme bénigne, forme purulente, forme chronique d'emblée.*

Forme commune. — Son début est quelquefois brusque et caractérisé par une douleur vive dans le petit bassin et un mouvement fébrile bien accentué avec frissons, vomissements, diarrhée ou constipation. D'autres fois, le début est plus lent et le mouvement fébrile est précédé, pendant plusieurs jours, de malaise et de douleurs vagues dans le ventre.

La douleur est vive; elle augmente par le mouvement et la pression, par les grands mouvements de respiration;

elle contraint les malades à se tenir pliés en deux; elle rend très-pénible la miction et la défécation. Bernutz la compare au point de côté pleurétique. Cette douleur siége soit dans l'hypogastre, soit dans les deux fosses iliaques, soit dans une seule. Si à ce moment on pratique le toucher, on ne constate ni tumeur, ni déviation utérines, seulement, on augmente beaucoup la douleur pelvienne.

Pendant les premiers jours, la douleur et le mouvement fébrile continuent, le pouls est petit et serré, avec une peau peu chaude comme dans la pleurésie. Après quelques jours, les symptômes généraux tombent, la douleur diminue, et on commence à sentir, dans un des culs-de-sac du vagin, une sorte d'empâtement, signe physique de la collection sero-fibrineuse qui constitue la lésion de la pelvi-péritonite.

Les évolutions que subit cette tumeur, les déviations qu'elle imprime à l'utérus sont, avec une douleur sourde, les symptômes de cette période de la maladie.

Signes fournis par le toucher et la palpation. Au bout de quelques jours on perçoit un empâtement notable dans l'un des culs-de-sac vaginaux; à cet empâtement succède la sensation d'une sorte de fluctuation obscure, puis la possibilité de déterminer les contours d'une tumeur accolée à l'utérus et située sur l'une de ses faces. C'est le plus souvent dans le cul-de-sac latéro-postérieur gauche que cette tumeur fait saillie; mais elle peut occuper un point quelconque de cette région.

Le toucher fait reconnaître en même temps une déviation utérine en rapport avec le siége de la tumeur; déviation qui change et se modifie à mesure que la tumeur augmente ou diminue de volume.

Un peu plus tard, quand la maladie a fait des progrès, on peut constater l'existence de la tumeur par la palpation hypogastrique. Cette tumeur présente les sensations

déjà perçues par le toucher ; elle occupe l'un des côtés de l'utérus, reste presque toujours dans la cavité du petit bassin, et dépasse rarement la branche horizontale du pubis ; ce qui est un bon signe pour distinguer la pelvi-péritonite des abcès du ligament large.

Cette forme de la péritonite a une marche chronique avec des exacerbations. Les exacerbations surviennent à propos des règles, d'une fatigue, d'un excès vénérien. Les symptômes du début reparaissent, mais en petit ; et la tumeur fait de nouveaux progrès. La métrorrhagie ou plutôt la ménorrhagie, la leucorrhée et les ulcérations du col accompagnent la pelvi-péritonite ; mais la métrorrhagie est sous la dépendance immédiate de cette inflammation et imprime à la maladie un de ses caractères.

Après une durée déjà considérable, la pelvi-péritonite atteint la période de *cachexie*. L'anémie, un état nerveux, une hystéralgie très-pénible, caractérisent cette période. A ce moment, les hémorrhagies sont plus abondantes encore, et surtout très-douloureuses. La tumeur est devenue dure, inégale, bosselée, et les déviations utérines sont définitives.

Quand la pelvi-péritonite doit guérir, les exacerbations ne se reproduisent plus, les métrorrhagies cessent, le liquide se résorbe, la tumeur diminue, et bientôt il ne reste plus que des brides cellulaires, qui maintiennent les déviations utérines et qui sont souvent le siége de douleur persistante comme les anciennes pleurésies.

Forme bénigne. — Elle présente des symptômes souvent très-aigus et qui simulent assez bien ceux de la péritonite ; puis tout se calme, on constate la tumeur intra-pelvienne et les symptômes déjà décrits à propos de la forme précédente ; mais, au bout de deux, trois ou quatre se-

maines, il survient une menstruation très-abondante qui enlève tous les symptômes et termine la maladie.

Forme chronique d'emblée. — Elle débute sourdement et existe quelque temps sans arrêter la malade; elle ne présente jamais cet appareil de symptômes qui pourrait faire songer à la péritonite. Une fois arrivée à la période d'état, elle ressemble beaucoup à la forme commune, présente les mêmes aggravations, la même marche et la même terminaison.

Forme purulente. — Elle survient surtout, mais non-exclusivement, à la suite des couches et de l'avortement. Le début est violent et simule la péritonite ; la première période est bien plus rapide que dans la forme commune.

La lésion est un abcès interne qui présente les symptômes et la marche de toutes les suppurations internes. La malade éprouve de petits frissons et des sueurs profuses; la tumeur est fluctuante, elle s'accroît rapidement et présente l'une des terminaisons suivantes : à propos des aggravations qui reparaissent à des périodes irrégulières dans le cours des abcès internes, l'inflammation peut se généraliser et la malade succomber à la péritonite ; mais le plus souvent l'abcès s'ouvre dans une des cavités voisines : vagin, utérus, vessie, péritoine, et la mort ou la guérison suivent cette ouverture. La guérison si le pus s'écoule facilement au dehors ; la mort si le pus ne peut s'écouler ou s'il pénètre dans le péritoine.

D'autres fois l'abcès cesse d'être le siége d'un travail actif; le pus s'enkyste, et le malade tombe dans la période cachectique avec tous les symptômes que nous avons notés dans la forme commune ; et en plus une diarrhée colliquative qui affaiblit considérablement les malades et contribue beaucoup à produire une fâcheuse terminaison.

Forme hémorrhagique. — Bernutz admet cette forme; elle est extrêmement rare, elle correspond à la pleurésie hémorrhagique et constitue une variété d'*hématocèle péri-utérine*.

Forme tuberculeuse. — Analogue à la pleurésie tuberculeuse, elle se distingue de la *forme chronique d'emblée*, compliquée de phthisie par ce seul signe : c'est que les métrorrhagies persistent jusqu'à la fin dans la pelvi-péritonite tuberculeuse, tandis qu'elles cessent dans la pelvi-péritonite chronique compliquée de phthisie.

Traitement. — *Aconitum* et *cantharis* sont les deux médicaments du début. Il faut commeneer par *aconitum* et le continuer tant que le mouvement fébrile est intense. *Cantharis* et peut-être *apis mellifica* sont les deux médicaments de la période d'état. Dans la période de cachexie, *arsenicum* est le médicament principal; puis les médicaments de la *métrorrhagie*.

Les bains chauds, les cataplasmes sont de bons auxiliaires au début. Mais que le médecin soit sobre d'examen et surtout qu'il évite les *cautérisations* et les *redressements*, bons tout au plus à ramener la maladie à l'état aigu ou à faire transformer en pus l'épanchement séro-fibrineux.

Traitement de la forme purulente et de la forme commune. Au début, il faut prescrire *arsenicum* et *silicea*. Il ne faut pas hésiter à ouvrir l'abcès quand il est le siége du travail d'élimination que nous avons signalé, et qu'on peut l'atteindre par le vagin ou par le rectum.

HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

Nous insisterons très-peu sur l'histoire de cette lésion, qui a été très-bien faite par Bernutz.

L'hématocèle péri-utérine est caractérisée par une accumulation de sang dans le petit bassin. Les sources de ces hémorrhagies sont très-multiples : rupture de varices utéro-tubaires ; rétention du sang menstruel et reflux du sang par les trompes; métrorrhagie avec exhalation de sang dans le petit bassin ou reflux par les trompes ; rupture d'une trompe de l'ovaire ; hémorrhagies symptomatiques d'une fièvre ou du purpura. On voit, par cette mention, combien doivent être variés les symptômes, la marche et la terminaison d'une lésion commune à tant d'affections différentes. Voici les symptômes communs à toutes les hématocèles péri-utérines :

Une douleur vive, subite, siégeant dans le petit bassin et s'irradiant comme toutes les douleurs utérines ; les symptômes d'une péritonite plus ou moins aiguë, unis à ceux d'une grande hémorrhagie interne ; la formation d'une tumeur péri-utérine.

Cette tumeur se reconnaît par la palpation et par le toucher. Par la palpation, on reconnaît dans l'hypogastre une tumeur habituellement bilobée, présentant un des lobes plus développé que l'autre ; c'est le plus souvent le lobe de la fosse iliaque droite. Quand la tumeur dépend d'une hémorrhagie de l'ovaire ou de la trompe, elle est médiane et s'élève quelquefois jusqu'à l'ombilic.

Le toucher vaginal fait reconnaître la présence de la tumeur dans le vagin et le déplacement du col, qui est le plus souvent fortement appliqué contre le pubis ; le tou-

cher rectal permet de percevoir la présence du kyste sanguin en arrière de l'utérus.

La palpation et le toucher réunis donnent une sensation d'élasticité, rarement de véritable fluctuation qui permet de reconnaître que la tumeur est liquide.

Le spéculum donne peu de renseignements ; il montre souvent la muqueuse vaginale violacée. Les médecins qui distinguent une hématocèle siégeant dans le péritoine et une autre siégeant dans le tissu cellulaire, attribuent à cette dernière seulement la coloration violacée de la muqueuse.

Marche et durée. Dans un certain nombre de cas, la marche est foudroyante et la mort peut être subite, ou la maladie durer tout au plus quelques heures. Dans une autre série de cas, les accidents marchent un peu moins rapidement; mais cependant la présence du sang détermine une péritonite aiguë qui se termine par la mort après trois ou quatre jours. Enfin, dans la variété qui est liée à un vice d'excrétion du sang des règles ou à une hémorrhagie concomitante de la menstruation, les accidents prennent l'allure des affections chroniques, avec un redoublement chaque mois à l'époque des règles. A ce moment, l'hémorrhagie se reproduit, le kyste augmente de volume, et les symptômes de douleur et de fièvre reparaissent.

L'évacuation spontanée du sang par le vagin et surtout par le rectum est la terminaison la plus heureuse ; mais elle est assez rare, et les malades succombent, soit à l'épuisement, soit à la péritonite, soit à l'inflammation du kyste.

Traitement. — C'est celui des hémorrhagies : *arnica* est le médicament principal au début; plus tard, s'il y a inflammation de la tumeur, le traitement de la pelvi-péritonite sera mis en usage.

La ponction doit être rejetée presque absolument du traitement des hématocèles péri-utérines, et réservée pour les cas seulement où des accidents graves et un danger imminent justifient l'intervention chirurgicale.

Dans les cas où l'inflammation a transformé le sang en pus, la ponction devient alors indiquée.

AMÉNORRHÉE.

L'aménorrhée est constituée par l'absence complète ou incomplète des règles. Dans l'aménorrhée incomplète tantôt le sang revient chaque mois, mais se borne à une simple apparition; tantôt il n'apparaît qu'à de très-longs intervalles, deux ou trois fois par an; et dans ce cas l'écoulement peut être assez abondant.

L'aménorrhée est presque toujours un symptôme. Cependant elle peut exister indépendamment de tout autre état morbide déterminé et constituer une maladie.

L'aménorrhée essentielle présente trois formes : l'*aménorrhée absolue*, l'*aménorrhée de forme commune* et l'*aménorrhée bénigne* ou *accidentelle*.

Aménorrhée absolue. Dans cette forme les règles ne sont jamais venues et ne viendront jamais; la fonction manque complétement. Cet état s'accompagne de souffrances nombreuses et principalement d'une anémie plus ou moins considérable.

A l'âge ordinaire, les sens se développent, les signes extérieurs de la puberté se manifestent; mais les règles n'apparaissent pas. Chez un certain nombre de malades les souffrances qui précédent les règles se montrent chaque mois, et l'écoulement sanguin est remplacé par un flux leucorrhéique abondant. Chez d'autres, aucun trou-

ble périodique ne se produit du côté des organes génitaux. Le plus souvent ces femmes se développent bien, mais restent pâles, bouffies, sujettes aux douleurs d'estomac, et de tête, et profondément anémiques. Dans tous les cas que j'ai observés le sens génital faisait absolument défaut et la stérilité était complète.

Cette maladie, qui tient à l'absence de développement des ovaires, est complétement incurable; on peut néanmoins soulager les malades en combattant les symptômes les plus douloureux par un traitement approprié. Les indications de la chlorose se retrouvent ici pour la plupart.

L'*aménorrhée commune* est bien plus fréquente. Elle peut se développer à propos de la suppression des règles par une émotion ou par un refroidissement; souvent elle est due à un changement de climat ou à l'action consécutive des bains de mer ou des eaux thermales; mais, le plus souvent, elle s'établit dès le début de la puberté, sans cause apparente, et elle est presque toujours incurable.

Le symptôme le plus constant de l'aménorrhée est l'apparition d'un flux muqueux habituellement leucorrhéique ou d'une hémorrhagie supplémentaire. Ce flux muqueux et cette hémorrhagie reviennent périodiquement à la place des règles. Les hémorrhagies supplémentaires sont le plus souvent des épistaxis, des hémoptysies, des hématémèses; puis plus rarement des hématuries ou des hémorrhagies par les points lacrymaux ou par la cicatrice ombilicale.

Quelquefois ces hémorrhagies sont trop fortes et finissent par amener un anémie profonde qui rapproche beaucoup cet état de la chlorose. La stérilité n'est point absolue dans cette forme de l'aménorrhée.

Traitement. — *Pulsatilla, causticum, natrum muriaticum* et *sulfur,* sont les principaux médicaments. Il faut y ajouter les bains de mer et certaines eaux minérales ; celles de Saint-Sauveur m'ont procuré quelques succès. Une indication capitale se tire de l'existence d'hémorrhagies supplémentaires, qui, lorsqu'elles sont très-fortes, demandent un traitement particulier.

Aménorrhée bénigne ou accidentelle. C'est celle qui survient à l'occasion d'une cause extérieure évidente : émotion, refroidissement, indigestion; elle guérit très-facilement. Les principaux symptômes sont des congestions vers la tête et la poitrine; quelquefois des hémorrhagies ou des phlegmasies; souvent un accès fébrile qui éclate au moment de la suppression. A l'époque suivante les règles reparaissent et sont beaucoup plus abondantes ; elles sont supplémentaires. Quelquefois, cependant, la guérison se fait attendre deux ou trois mois; alors à chaque époque la femme éprouve les souffrances de la congestion utérine.

Le principal médicament est *aconitum;* il suffit habituellement à calmer les accidents et à faire revenir les règles. Si la maladie se prolongeait, il faudrait choisir entre *pulsatilla, natrum muriaticum* et *causticum.*

DYSMÉNORRHÉE.

La dysménorrhée est une affection caractérisée par la sortie difficile et douloureuse du sang menstruel.

Dans sa forme la plus simple, la dysménorrhée n'est pas autre chose que la *colique menstruelle.*

La dysménorrhée n'est le plus souvent qu'un symptôme commun à beaucoup d'affections utérines. Les obstacles à la sortie du sang de l'utérus, retrécissement du

col, flexion de l'utérus, métrite chronique du col, engendrent les dysménorrhées les plus rebelles et souvent les plus graves. Il ne faut pas oublier, en effet, que dans ces cas d'obstacles à la sortie du sang, il peut y avoir accumulation de ce liquide dans l'utérus et reflux par les trompes dans le péritoine ; d'où *hématocèle péri-utérine*. La formation de *caillots* volumineux, de pseudo-membranes dus à des métrites, sont encore des causes de dysménorrhée. Enfin, on rencontre des femmes et surtout des jeunes filles dont les règles sont extrêmement douloureuses, sans qu'on puisse saisir aucune cause mécanique ou autre de ces douleurs. Ce serait dans ce cas une *dysménorrhée essentielle*.

Les douleurs de la dysménorrhée reviennent par coliques, prédominent dans l'hypogastre ou dans les reins ; s'accompagnent, quand elles sont fortes, de vomissements, de refroidissements, de sueurs froides et de tendance à la lipothymie. Habituellement les douleurs disparaissent quand le sang s'écoule facilement ; cependant, quelquefois elles durent tout le temps des règles.

Traitement. — Dans les cas où un obstacle mécanique est la cause de la dysménorrhée, il faut, si la chose est possible, faire disparaître cet obstacle ; la dilatation de la cavité du col par l'*éponge préparée* constitue souvent le meilleur traitement. Quand il n'y a point obstacle à l'excrétion menstruelle, ou quand cet obstacle ne peut être levé, on aura recours aux médicaments suivants : *chamomilla, pulsatilla, magnesia carbonica, nux vomica* et *asperula*.

Chamomilla est indiqué par des douleurs excessives, insupportables, avec grande agitation ; petits frissonnements et diarrhée ; accès d'évanouissement et sueurs. Le sang est rouge et en caillots.

Coffea convient dans des circonstances fort analogues avec règles extrêmement abondantes.

Magnesia carbonica convient quand les règles sont en retard, et surtout quand l'écoulement du sang se suspend pendant les douleurs. Ce médicament m'a souvent réussi.

Pulsatilla, règles en retard, douleur ayant le type des coliques utérines ; sang en caillot, refroidissement, pâleur, vomissements.

Nux vomica convient chez les hémorrhoïdaires et chez les femmes dont les règles sont trop fortes et en avance.

Asperula m'a rendu quelques services, mais je ne puis préciser ses indications.

Les applications et les boissons très-chaudes procurent habituellement un grand soulagement.

HYSTÉRALGIE.

L'hystéralgie ou *utérus douloureux* est une maladie rare, si on en sépare les *douleurs nerveuses* qui viennent, à l'époque de la cachexie, compliquer la plupart des affections de l'utérus.

L'*utérus douloureux* est une maladie de la classe des névralgies : elle est caractérisée par une douleur violente, siégeant plus particulièrement d'un côté et dans la région inférieure. Cette douleur s'aggrave habituellement à l'époque des règles, mais elle existe aussi dans leur intervalle ; elle présente des redoublements réguliers ou irréguliers ; elle s'irradie quelquefois dans les reins et dans les cuisses ; elle s'accompagne de sécheresse du vagin ou d'un écoulement leucorrhéique. Le *toucher* rencontre toujours sur le col, à droite ou à gauche, un point excessivement douloureux à la pression.

L'hystéralgie se distingue de la dysménorrhée parce que la douleur n'est pas expulsive et ne ressemble en rien à une colique utérine; elle se distingue des douleurs qui accompagnent les affections organiques par sa vivacité, par son siége et par le point douloureux au toucher. Il ne faut pas oublier cependant qu'une véritable hystéralgie peut compliquer la *cachexie utérine*.

Traitement. — L'hystéralgie est une maladie d'une *durée* indéfinie et extrêmement rebelle à toutes les médications. Les médicaments principaux sont : *belladona* et *ignatia;* mais la thérapeutique homœopathique est encore fort peu avancée sur ce point, parce que les auteurs ont confondu la dysménorrhée et les crampes de matrice avec l'hystéralgie. Nous indiquons donc les deux médicaments qui nous ont réussi dans une certaine mesure, et nous renvoyons au traitement des *névralgies*.

Les *bains de mer*, l'*hydrothérapie*, les *bains de siége froids*, ont donné quelques succès.

Les eaux de *Plombières* et surtout les eaux d'*Ussat* m'ont été fort utiles.

DÉPLACEMENTS UTÉRINS.

On a beaucoup exagéré l'importance des déplacements utérins; il n'y a pas plus de vingt ans, on les considérait comme des maladies, on les traitait comme telles, et nombre de femmes ont vu leur état notablement aggravé; quelques-unes même sont mortes pour avoir eu à subir des tentatives de redressement aussi inutiles que dangereuses.

Les déplacements utérins existent chez la plupart des femmes, et tant que l'utérus n'est pas malade, les dépla-

cements ne se révèlent par aucune souffrance, par aucun symptôme ; ils ne constituent donc qu'un vice de situation, continuation anormale d'un état qui est physiologique chez le fœtus. Ces déplacements jouent cependant un certain rôle en gynécologie ; ils sont une cause puissante de la ténacité des affections utérines, et comme ils augmentent beaucoup par le fait de l'engorgement inflammatoire de cet organe, ils s'accompagnent alors de symptômes dus à la pression que l'utérus dévié exerce sur les organes voisins.

Les déplacements de l'utérus se divisent naturellement en déplacements de l'organe entier et déplacements du corps seul de l'utérus, le col restant à sa place. Les premiers comprennent : l'*antéversion*, la *rétroversion*, les *versions latérales*, et enfin l'*abaissement* en masse et le *prolapsus utérin*. Les déplacements du corps seul de l'utérus comprennent ce qu'on a appelé les *flexions* de l'utérus qui se divisent classiquement comme les versions, mais qui ne comprennent réellement que deux espèces : la *rétroflexion* et l'*antéflexion*.

Dans l'*antéversion*, le fond de l'utérus est porté en avant et son col en arrière. Le toucher fait reconnaître très-facilement cette situation. Il existe un cul-de-sac vaginal considérable en avant du col utérin.

Dans la *rétroversion*, la situation est inverse et le doigt trouve le col utérin fixé vers la symphyse, tandis que le fond de l'utérus appuie fortement sur le rectum. Ces deux déplacements, le premier surtout, sont une cause d'infécondité.

Les *versions latérales* se reconnaissent facilement par le toucher, la situation du col déterminant la situation du corps de l'utérus. Les versions latérales ne sont jamais bien prononcées et n'ont aucune importance pratique.

L'*abaissement* de l'utérus constitue une lésion plus grave que les précédentes. Depuis les travaux de Huguier, on distingue ce déplacement de l'*hypertrophie* du col utérin dont nous ferons l'histoire, à propos des *vices de conformation*. L'abaissement de l'utérus se reconnaît encore par le toucher : le col arrive plus ou moins près de la vulve et l'organe se réduit facilement par la pression du doigt.

Dans un degré plus avancé, le *prolapsus* est complet et la matrice est précipitée en dehors de la vulve.

Cette lésion est toujours la suite d'une inflammation chronique de l'utérus, de l'allongement des ligaments qui le tiennent, mais surtout du relâchement du vagin, de la faiblesse ou de la déchirure du périnée. Cependant elle peut survenir mécaniquement et comme un symptôme de tumeurs du ventre et surtout d'hydropisies qui chassent l'utérus de la cavité abdominale.

Les symptômes sont un sentiment de pesanteur qui augmente quand la malade est debout, surtout si elle fait des efforts; du ténesme urinaire et la constipation. L'utérus, précipité hors de la vulve, se reconnaît facilement à sa forme, à la présence du museau de tanche qui peut recevoir la sonde utérine, et presque toujours à sa réduction facile. Un *polype* ne présente pas de cavité; et de plus le toucher permet de constater, à sa place ordinaire la présence du col utérin; col utérin qui donne insertion au polype ou le laisse passer. L'*inversion* de l'utérus est constituée, non par le déplacement en masse de l'utérus, mais par un renversement de l'organe sur lui-même, en sorte que le col restant immobile, le fond de l'utérus vient se présenter à cette ouverture, la franchit et entraîne avec lui tout l'organe qui, ainsi retourné, vient faire saillie à l'extérieur, sa surface interne étant devenue externe.

L'utérus ainsi renversé se distingue du prolapsus par son aspect, par l'absence du museau de tanche, par l'orifice des trompes, placé de chaque côté; par la présence du col à son lieu ordinaire; et il se distingue d'un polype, parce que le doigt, porté dans le col, constate l'inversion et ne peut pénétrer dans une cavité qui n'existe plus. Enfin, au besoin, le doigt introduit dans le rectum et une sonde placée dans la vessie permettent de constater l'absence de l'utérus à sa place ordinaire. Cet accident fâcheux est toujours lié à l'accouchement ou à la sortie d'un polype.

Les *flexions* de l'utérus ont plus d'importance que les autres déplacements; elles s'accompagnent nécessairement d'un retrécissement et quelquefois de l'oblitération du col utérin dans l'endroit où l'organe est fléchi sur lui-même, et cette lésion a pour effet de mettre un obstacle plus ou moins complet à la sortie du sang menstruel et des autres liquides sécrétés dans la cavité utérine. Les *flexions* de l'utérus s'accompagnent donc, pendant la vie sexuelle, d'une dysménorrhée considérable, et après l'âge de retour, si le col s'oblitère, elles peuvent déterminer une véritable *hydrométrie*.

Dans l'*antéflexion* le col est légèrement porté en arrière; il est ramolli et entr'ouvert; le fond de l'utérus se trouve placé entre la vessie et le vagin; le doigt porté dans le cul-de-sac antérieur du vagin constate facilement sa présence.

Dans la *rétroflexion* le fond de l'utérus se trouve placé entre le rectum et le vagin; le col un peu porté en avant. Le toucher rectal est souvent nécessaire pour faire bien apprécier ce déplacement. La sonde utérine, instrument si souvent dangereux, est inutile pour constater les flexions utérines.

Traitement. — Les déplacements utérins ne déterminent presque aucun symptôme, tant que l'utérus n'est pas malade. C'est donc à une maladie de l'utérus que devra s'adresser le traitement. Néanmoins, comme le poids des intestins tend à augmenter le déplacement, les malades se trouveront bien de porter un bandage hypogastrique qui relève les intestins. Quand il existe une chute totale de l'utérus, l'usage d'un pessaire à air devient indispensable. Mais, quand il n'y a qu'abaissement de l'utérus avec relâchement considérable de la paroi antérieure du vagin, le traitement médical a souvent du succès. On a conseillé *nux vomica, ignatia, asperula* et surtout *aurum*. Ce dernier médicament m'a donné des guérisons complètes. Les bains de siége froids, les injections astringentes : tannin, ratanhia, peuvent aider à la guérison.

VICES DE CONFORMATION.

Nous avons déjà parlé de l'oblitération du col à propos de l'aménorrhée. Nous ne traiterons point ici de l'*absence de la matrice*, de son *atrophie*, de sa *bifidité*. Nous dirons seulement un mot de l'*allongement hypertrophique* du col utérin.

Cet allongement peut être assez considérable pour que le col atteigne la vulve; il a été très-souvent confondu avec l'abaissement de l'organe lui-même; il s'en distingue par les signes suivants : le col hypertrophié n'est pas réductible; de plus il est extrêmement dur; la longueur du vagin n'est pas diminuée et le doigt porté autour du col a de la peine à atteindre le cul-de-sac du vagin ; tandis que, dans l'abaissement de l'utérus, le vagin est en procidence et diminue de longueur à mesure que l'abaissement fait des progrès.

Cet allongement du col utérin est habituellement sans inconvénient chez les vierges, mais chez les femmes mariées il est l'occasion de douleurs pendant le coït et d'inflammation chronique de l'utérus. C'est une cause puissante d'infécondité, parce que la liqueur fécondante, au lieu d'être lancée sur l'ouverture du col, s'épanche dans l'un des cul-de-sac du vagin.

Traitement. — La teinture d'iode et l'iode à l'intérieur peuvent-ils diminuer cette hypertrophie ? Le fait est douteux. Les eaux d'Ussat ont rendu quelquefois ce vice de conformation beaucoup moins douloureux. L'*amputation* proposée et exécutée par Huguier sera applicable quand les souffrances développées par cette infirmité deviendront trop considérables.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DU VAGIN

Nous laisserons complétement de côté les *vices de conformation,* les *hernies* et les *fistules,* qui sont du ressort de la chirurgie. Nous croyons également inutile de répéter, à propos de la muqueuse vaginale, les symptômes présentés par la *diathèse épithéliale* et la *diathèse cancéreuse,* symptômes que nous avons déjà étudiés à propos des affections des autres organes.

CATARRHE VAGINAL.

Il est caractérisé par l'inflammation de la muqueuse vaginale et par l'hypersécrétion qui l'accompagne.

Ce catarrhe est presque toujours symptomatique de la blennorrhagie, de la chlorose, de la scrofule ou de la dartre.

Il existe une *forme bénigne* développée sous l'influence du froid ou d'un excès de coït et en dehors de l'influence de toute maladie. Cette forme est caractérisée par un sentiment de chaleur douloureux et de sécheresse dans le vagin, puis, au bout de quelques jours, par l'excrétion abondante d'un mucus puriforme plus ou moins épais.

La *blennorrhagie* du vagin présente des symptômes très-aigus : douleurs vives, coloration rouge écarlate de la muqueuse, sécrétion d'un mucus verdâtre. Nous n'insisterons pas davantage sur les symptômes de cette maladie que nous avons décrits dans un chapitre précédent.

Dans la *chlorose* et dans la *scrofule*, le catarrhe du vagin est très-chronique, sans douleurs, et presque uniquement caractérisé par une *leucorrhée* abondante. Cet écoulement, tantôt très-liquide et ressemblant à du lait, tantot épais et verdâtre, est quelquefois si abondant qu'il oblige les femmes à se garnir.

Le mucus du catarrhe vaginal présente toujours une réaction alcaline; ce qui le distingue du mucus utérin qui est acide.

Chez les *dartreuses*, la leucorrhée est plus séreuse et s'accompagne d'un prurit insupportable.

Ces différents catarrhes ont une durée considérable et sont extrêmement rebelles.

Traitement. — Dans la forme bénigne, *aconitum*, *arnica* et quelques bains tièdes constituent tout le traitement.

Dans la *forme chronique*, *mercurius*, *sepia*, *pulsatilla*, *calcarea* et *iodium* constituent les médicaments principaux.

Mercurius convient principalement quand la leucorrhée s'accompagne de chaleur et de douleur dans le vagin. L'écoulement est purulent, corrosif, et s'accompagne de démangeaisons à la vulve.

Calcarea carbonica est le médicament principal de la leucorrhée chez les scrofuleuses. Il répand un écoulement blanc, opaque, liquide comme du lait, et très-abondant. Souvent il s'accompagne d'un sentiment de brûlure dans le vagin et de prurit à la vulve.

Iodium convient dans des circonstances analogues à *calcarea*. L'écoulement de *iodium* est très-corrosif.

Sepia est le médicament principal de la leucorrhée ; il convient plus particulièrement dans la chlorose et dans l'anémie. Mais il réussit souvent dans d'autres circons-

tances. L'écoulement de *sepia* est liquide comme de l'eau, fort abondant et diversement coloré ; il s'accompagne de démangeaisons à la vulve et de ballonnement du ventre. Quelquefois, l'écoulement est plus épais et puriforme.

Pulsatilla convient à la leucorrhée des chlorotiques : écoulement puriforme très-épais, corrosif, revenant avant et après les règles. J'emploie ces médicaments de la 6e à la 30e dilution.

Des pansements avec la poudre d'amidon, contenant de l'arsenic au 1000e, constituent un mode de traitement très-efficace. La teinture d'iode étendue des 2/3 d'eau m'a réussi dans quelques cas. D'autres fois, le *tannin* en poudre introduit dans le vagin et maintenu avec un tampon de ouate.

PROLAPSUS DU VAGIN.

L'habitude de retenir les urines trop longtemps, la constipation et les efforts violents de défécation, des grossesses multipliées, mais surtout la perte d'élasticité ou la rupture du muscle constricteur du vagin, sont les causes du prolapsus du vagin, prolapsus qui entraîne presque toujours celui de l'utérus.

Ce prolapsus est caractérisé par la présence d'une tumeur réductible à l'entrée de la vulve. Tantôt c'est la paroi antérieure, tantôt la paroi postérieure, tantôt toute la circonférence du vagin qui descend. La vue et le toucher font reconnaître aisément cette lésion qui s'accompagne d'un sentiment de faiblesse et d'une leucorrhée plus ou moins abondante.

Le Traitement est le même que celui de la descente de la matrice.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE LA VULVE

La vulve présente à étudier des *vices de conformation* et des *anomalies*, des localisations *syphilitiques, dartreuses, cancéreuses* et *épithéliales*; de l'*œdème*, des *loupes*. La *blennorrhagie* peut se localiser sur la vulve, comme elle se localise sur le prépuce de l'homme. Les grandes lèvres sont le siége de *kystes* et d'*abcès*. La *gangrène* de la vulve s'observe presque aussi souvent, et dans les mêmes circonstances que la gangrène de la bouche. Enfin on observe très-fréquemment, chez les femmes à l'âge de retour, une affection extrêmement pénible, le *prurit de la vulve*.

De toutes ces affections, dont la plupart sont chirurgicales, dont les autres, comme le cancer, ne présentent rien de particulier quand elles siégent à la vulve, nous ne décrirons que l'abcès des grandes lèvres et le prurit de la vulve.

ABCÈS DES GRANDES LÈVRES.

Ils sont superficiels ou profonds; ils peuvent siéger dans la glande vulvo-vaginale.

Les *abcès superficiels* naissent habituellement à la suite de frottements répétés, de marches prolongées, d'excès de coït. Ils débutent par un mouvement fébrile et par une douleur dans l'une des lèvres. Cette lèvre se tuméfie rapidement, devient extrêmement douloureuse, et la fluctuation apparaît à la fin du premier septénaire. L'abcès

tarde habituellement à s'ouvrir parce que la peau de cette région est très-résistante.

Les *abcès profonds* ne se développent qu'à la suite de l'accouchement. Ils marchent rapidement et deviennent considérables; ils s'accompagnent d'un mouvement fébrile intense, d'une tuméfaction souvent énorme; la fluctuation y apparaît de bonne heure, et ils s'ouvrent assez vite à l'extérieur. Ces abcès proviennent souvent de la transformation en pus du sang épanché.

Les *abcès de la glande de Bartholin* sont assez fréquents; ils se développent dans les mêmes circonstances que les abcès superficiels, et s'accompagnent des mêmes symptômes généraux. Quand l'abcès se développe dans la glande elle-même, la grande lèvre est gonflée, pendante, et contient dans son intérieur un noyau de la grosseur d'une prune. Ce noyau est dur et douloureux. L'abcès marche assez vite et s'ouvre surtout par la face muqueuse des lèvres. Quand l'abcès siége dans le canal excréteur de la glande, la grande lèvre malade est plus courte que l'autre et la petite lèvre est dure et tuméfiée. Cet abcès s'ouvre souvent par le canal excréteur.

Traitement. — *Mercurius* est le médicament de la première période de ces abcès. On le prescrit à la 3e dilution. Peut-être *apis mellifica* conviendrait dans le même cas. Plus tard, quand l'abcès est formé, *hepar sulfuris*, 3e trituration, à l'intérieur; et de plus une pommade avec 1 gramme de la première trituration sur 10 grammes d'axonge avance considérablement l'évacuation du pus.

Les bains, les cataplasmes, constituent des adjuvants fort utiles.

Si la fluctuation est évidente, l'ouverture de l'abcès par le bistouri abrége beaucoup la maladie.

PRURIT VULVAIRE.

Cette affection est très-fréquente chez les femmes, surtout à l'époque de la ménopause. Elle est due à une hyperesthésie de la peau et de la muqueuse vulvaire ; elle s'étend très-souvent à la muqueuse vaginale.

Ce prurit existe souvent indépendamment de toute autre affection des organes génitaux. D'autres fois, c'est un épiphénomène du catarrhe, de la métrite et surtout du cancer de l'utérus; il existe souvent comme un symptôme du diabète.

Le prurit vulvaire est toujours plus intense à l'époque des règles ou immédiatement après ; il y a des cas où il est intolérable et excite la femme à se gratter et à s'écorcher d'une manière atroce. La durée de cette affection est indéterminée

Traitement. — *Lycopodium, conium, natrum muriaticum, carbo vegetabilis* et *sulfur,* sont les principaux médicaments du prurit vulvaire. *Lycopodium* et *conium* nous ont souvent réussi.

Quand l'amélioration tarde à se produire par l'action des médicaments, il faut employer des *applications externes.* Un mélange de 2 grammes de chloroforme et de 30 grammes d'huile d'amande douce est un moyen très-efficace. On l'applique avec un pinceau sur les parties malades. La poudre d'alun mélangée par parties égales, ou en plus forte proportion avec de l'amidon rend quelquefois des services. Enfin nous devons encore signaler les lotions très-chaudes d'eau contenant un 100e ou un 50e de sublimé corrosif. Ce moyen est préconisé par Trousseau.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DES OVAIRES

Les ovaires sont souvent le siége de congestions violentes et douloureuses ; ils sont habituellement englobés dans les inflammations et les abcès des ligaments larges et de la fosse iliaque. L'inflammation blennorhagique peut se propager jusqu'à ces organes, quoique le plus souvent elle s'arrête au péritoine rétro-utérin; enfin ils sont le siége de *cancers*, de *tubercules*, d'*hydatides* et d'une affection malheureusement trop fréquente, les *kystes* de l'ovaire.

Les auteurs décrivent une *ovarite aiguë* et une *ovarite chronique*, mais leurs descriptions sont encore trop fantaisistes pour que nous les reproduisions.

On a décrit généralement sous le nom d'*ovarite aiguë* des fluxions ovariques, des pelvi-péritonites, des abcès du ligament large. Le mouvement fébrile ressemble un peu à celui de la péritonite ; la douleur dans la fosse iliaque est un symptôme constant ; mais le gonflement de l'ovaire décrit par les auteurs ne peut jamais, d'après Scanzoni, être constaté par le toucher, à moins qu'il ne coexiste un phlegmon du ligament large.

Ces affections, dont l'étiologie est aussi imaginaire que la symptomatologie, se terminent par *résolution* ou par la formation d'un *abcès*. Dans ce dernier cas, le pus peut se faire jour dans la cavité abdominale et donner lieu à une péritonite mortelle ; d'autres fois le pus s'évacue

par la trompe, par l'utérus, par le vagin, par la vulve et par le rectum.

Le *traitement* de l'ovarite aiguë est encore à faire. On devra prescrire les médicaments des phlegmons et des suppurations internes.

L'histoire de l'ovarite chronique est plus obscure que celle de l'ovarite aiguë. La plupart des observations se rapportent à des cas de kystes de l'ovaire commençant.

Traitement. — *Platina, lachesis* et *apis,* sont les médicaments qui m'ont le plus souvent réussi contre les *douleurs chroniques* siégeant dans l'ovaire.

TUMEURS ET KYSTES.

L'ovaire peut être le siége de plusieurs espèces de tumeurs. Le *cancer,* les *tumeurs fibreuses,* des *grossesses extra-utérines,* puis des tumeurs liquides connues sous le nom de *kystes*. Ce sont ces dernières tumeurs dont nous allons donner l'histoire.

Les *kystes* de l'ovaire se distinguent en deux grandes classes : les *kystes de la vésicule de Graaff* et les *kystes du parenchyme,* ou *multiloculaires*.

Les *kystes des vésicules de Graaff, kystes séreux, kystes uniloculaires,* ne sont autre chose qu'une hydropisie de la vésicule de Graaff. Chez certaines femmes, et dans des conditions que nous ne connaissons pas bien, une ou plusieurs des vésicules de Graaff subissent le développement qui précède la ponte, puis elles ne se rompent pas ; la ponte est incomplète, souvent les règles manquent ou sont fort peu abondantes, et la femme est stérile, au moins à cette période cataméniale. Cette vésicule ainsi dilatée se développe plus ou moins vite; chaque

époque menstruelle ajoute habituellement à son volume, et, chez certaines femmes, elles arrivent à remplir toute la cavité abdominale. Habituellement plusieurs vésicules sont atteintes ; mais une seule prend un grand développement ; si plusieurs grossissent simultanément, il y a plusieurs kystes qui peuvent s'accoler, communiquer, et constituer ainsi une sorte de kyste multiloculaire, mais toujours radicalement différent de celui que nous décrirons dans un instant.

Le kyste de la vésicule de Graaff contient un liquide séreux, limpide, peu ou point albumineux.

Les symptômes de cette espèce de kyste sont, au début, des accès de douleur excessive, simulant la péritonite partielle et revenant à de longs intervalles; ces accès douloureux, qui peuvent se prolonger pendant toute la durée du kyste, manquent souvent complétement.

Le kyste se développe très-lentement et ne gêne guère que par son volume ; il finit par amener un état de cachexie, par les troubles de la respiration et de la digestion qu'entraîne son volume excessif ; ou bien par l'épuisement que déterminent les ponctions répétées. Le kyste de l'ovaire communique quelquefois avec la trompe et peut se vider spontanément, mais habituellement il se reproduit. Quelquefois la distension énorme qu'il subit amène sa rupture pendant un effort ou à la suite d'une violence extérieure, le liquide s'épanche dans l'abdomen et détermine l'inflammation du péritoine et la mort. Cependant il existe quelques exemples de guérison à la suite de cet accident.

Le kyste peut s'enflammer et le liquide séreux se transformer en pus ; on a alors un vaste abcès qui peut s'ouvrir dans l'intestin, la vessie, le vagin ou l'utérus. Cette terminaison est presque constamment mortelle.

Le *diagnostic* du kyste de l'ovaire s'obtient par la *pal-*

pation, la *percussion* et le *toucher*. La *palpation* fait reconnaître une tumeur arrondie et liquide occupant, au moins au début, l'une des fosses iliaques. Cette tumeur est fluctuante. La *percussion* la limite exactement et fait reconnaître que les intestins sont repoussés du côté opposé du ventre. Le *toucher* fait constater la tumeur dans l'un des culs-de-sac vaginaux, et, tout à fait au début, permet de reconnaître la maladie.

Traitement. — Les médicaments échouent presque constamment dans le traitement de cette maladie ; cependant on cite des cas de guérison par *bryonia* et *lycopodium :* on a aussi conseillé *iodium, apis* et *sabina.*

Le véritable traitement de cette espèce de kyste consiste dans les *injections iodées* d'après la méthode que nous avons préconisée.

On fait une ponction avec un trocart étroit et long ; on retire assez de liquide pour rendre la respiration facile et on injecte 200 grammes d'*eau iodée* (eau saturée d'iode), qu'on abandonne dans le kyste : on recouvre le ventre de collodion élastique, et la malade garde un repos complet. Cette opération est beaucoup plus inoffensive que celles préconisées par Boinet ; elle est aussi efficace ; on peut la répéter au besoin.

Kystes du parenchyme ou multiloculaires. Cette affection est bien plus grave que la précédente ; elle débute par la formation d'un kyste dans le parenchyme de l'ovaire ; ce kyste est dû à l'écartement des lames du tissu cellulaire de l'ovaire ; ce kyste grossit ; ses parois donnent naissance à d'autres kystes de même nature, qui eux-mêmes produisent souvent d'autres kystes. En sorte qu'il se forme une tumeur composée de cavités innombrables, communicantes pour la plu-

part; mais, au milieu de tous ces kystes, un ou plusieurs prennent un grand développement et constituent la plus grande partie de la tumeur.

Le liquide renfermé dans ces kystes n'est jamais limpide ; il est souvent rougeâtre, épais, quelquefois analogue à du miel ou à du tissu colloïde. Dans quelques cas il se produit de la graisse, des cheveux, des dents et des os dans quelques parties du kyste.

Le kyste du parenchyme produit une cachexie plus rapide ; il se reconnaît habituellement à la difficulté de la fluctuation et souvent à des bosselures.

Traitement. — Les injections iodées échouent constamment, et c'est pour ce genre de kyste qu'on a surtout préconisé l'extirpation de la tumeur et de l'ovaire. Cette opération très-audacieuse a donné un certain nombre de succès.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE LA MAMELLE

Ces affections sont presque toutes du domaine chirurgical; nous nous bornerons donc à donner aux médecins les stricts renseignements qui sont nécessaires pour l'application des médicaments: nous décrirons la *fluxion* des glandes mammaires, les *inflammations du sein*, les *gerçures du mamelon*; nous dirons un mot des *tumeurs du sein*; et nous passerons complétement sous silence les *vices de conformation*, les *atrophies* et les *hypertrophies*.

FLUXION DU SEIN.

C'est un accident fréquent à la suite des couches et pendant la lactation. Il est est dû à l'impression du froid ou à la rétention du lait; il siége d'un seul côté. Le sein devient très-volumineux, très-dur; il conserve sa forme habituelle, mais il présente un grand nombre de bosselures; il est le siége d'un grande chaleur et d'une douleur tensive extrêmement pénible. Cette fluxion peut durer plusieurs jours; elle se termine le plus souvent par résolution. Cependant elle peut n'être que la première période d'un véritable phlegmon; ou encore de ces tumeurs laiteuses constituées par la dilatation ou la déchirure des canaux galactophores.

Traitement. — *Belladona* est le meilleur médicament: on l'emploie à la 3e dilution, 3 gouttes dans une potion,

une cuillerée toutes les deux heures. *Chamomilla* vient après *belladona*. On aidera beaucoup au succès du traitement par des onctions d'huile d'olive, par des succions pratiquées doucement, mais suffisantes pour dégager la glande mammaire. Le sein sera recouvert d'une feuille de ouate.

GERÇURE DES MAMELONS.

C'est une petite maladie extrêmement douloureuse et qui a souvent pour conséquence directe la formation d'un abcès du sein et la cessation de l'allaitement. Ces gerçures apparaissent à la base du mamelon, elles se creusent, se recouvrent d'une croûte qui recouvre souvent un pus épais; elles saignent facilement et sont si douloureuses qu'il faut à la femme un véritable courage pour continuer l'allaitement. Dans les cas heureux, les gerçures se guérissent après quinze jours ou trois semaines de durée; mais quelquefois elles se creusent de plus en plus, déterminent des abcès, et quelquefois la chute du mamelon.

Les gerçures sont surtout fréquentes chez les primipares.

Traitement. — *Prophylaxie*. On évitera souvent la formation des gerçures en faisant l'éducation du mamelon pendant les derniers mois de la grossesse. Des lotions avec de l'eau-de-vie, pratiquées matin et soir; et surtout l'habitude de porter des globes en verre qui reçoivent dans leur cavité le mamelon et forment le bout de sein, sont d'excellentes précautions. L'usage de *bout de sein* en caoutchouc pendant l'allaitement préserverait efficacement le mamelon; mais il est rare de rencontrer des nouveau-nés qui puissent téter avec ces instruments.

Le *traitement* curatif se compose surtout d'applications extérieures. Au début de l'affection on se sert avec avantage d'un *glycérolé d'arnica* au 20e, qu'on applique chaque fois que l'enfant a tété. Si l'ulceration se creuse malgré cette médication, on emploiera un *glycérolé d'iode* au 20e et même au 10e. Si ce moyen ne suffit pas, quelquefois un glycérolé au borax dans les mêmes proportions réussit mieux. Comme médicament on a recommadé : *arnica, chamomilla, sulfur, calcarea, mercurius,* et *silicea.*

PHLEGMON ET ABCÈS DU SEIN.

On en décrit quatre espèces : phlegmon du tissu cellulaire superficiel, phlegmon du tissu cellulaire profond ou sous-mammaire, phlegmon de l'aréole ou abcès tubéreux, phlegmon de la glande mammaire.

Les *phlegmons et abcès du tissu cellulaire superficiel* ne présentent rien de spécial, ils marchent comme dans toutes les autres régions; seulement il faut être prévenu de leur existence pour ne pas les confondre avec l'abcès de la glande mammaire.

Le phlegmon du tissu cellulaire du sein marche très-vite, il s'accompagne promptement de rougeur à la peau et présente une fluctuation complète à la fin du premier septénaire.

Traitement. — Au début *solubilis,* puis *hepar sulfuris* et *silicea,* quand la suppuration est formée. Dès le début, on recouvre le sein d'une couche épaisse de collodion. Il faut ouvrir ces abcès aussitôt que la fluctuation est perceptible. On peut continuer l'allaitement.

Phlegmon et abcès sous-mammaires. Si on retranche les abcès dus à la propagation d'une pleurésie purulente et

ceux qui sont liés à la carie des côtes, les phlegmons sous-mammaires sont excessivement rares. Ils s'accompagnent d'un mouvement fébrile violent; ils déplacent le sein en masse et le repoussent en avant. La pression exercée sur le sein donne une sensation d'élasticité comme si l'organe reposait sur une vessie pleine; un œdème variable se montre au pourtour de la mamelle, et la fluctuation est bientôt manifeste.

Traitement. — Le même que précédemment, mais seulement il est moins efficace. Il faut ouvrir aussitôt que possible en bas et en dehors; ou en bas et en dedans, suivant le côté sur lequel les femmes restent couchées.

Phlegmons et abcès de l'aréole. Ils sont petits, multiples. Les abcès font une grande saillie et produisent de petites tumeurs violacées qui s'ouvrent facilement; ils sont presque constamment la suite des gerçures du mamelon. S'ils tardent à s'ouvrir, il faut les ponctionner avec la pointe d'un bistouri.

Phlegmons et abcès de la glande mammaire. Comme les précédents, ils sont souvent une suite des gerçures du mamelon; ils ne surviennent guère que pendant la grossesse ou pendant l'allaitement. L'époque à laquelle ils se montrent le plus souvent s'étend du 15e jour à la fin du 4e mois.

Ces phlegmons sont plus petits que ceux du tissu cellulaire; ils marchent beaucoup moins vite et n'arrivent à suppuration qu'au milieu ou à la fin du second septénaire. Comme le pus pénètre dans les canaux galactophores, il est prudent de suspendre l'allaitement lorsque le phlegmon est arrivé à suppuration. Ces abcès sont multiples et se développent successivement, quelquefois pendant plusieurs semaines. Velpeau en a compté 33 sur le même sein.

Traitement. — *Belladona* et *phosphorus* au *début;* puis *hepar sulfuris* et *silicea* pendant la période de suppuration. Le collodion élastique est bien préférable aux cataplasmes par ses propriétés anti-inflammatoires, et par la douce compression qu'il exerce sur le sein. Il est bon, au début, de dégorger le sein avec la pompe ou avec une ventouse; mais, si les abcès menacent de se multiplier, il faut suspendre l'allaitement.

TUMEURS DU SEIN.

Une division pratique consiste à distinguer des *tumeurs bénignes* et des *tumeurs malignes,* les dernières comprenant toutes les variétés du *cancer du sein* et les autres toutes les tumeurs formées de tissu fibreux, ou constituées par l'hyperplasie du tissu glandulaire. Nous ne pouvons entrer ici dans la description détaillée de toutes ces tumeurs, nous nous bornerons à donner les signes distinctifs à l'aide desquels on arrive à distinguer le cancer du sein des autres tumeurs.

Le cancer siége habituellement dans un seul sein; il est rarement douloureux au début; plus tard il est le siége de douleurs lancinantes, il devient rapidement immobile parce qu'il adhère très-vite aux muscles sous-jacents et à la peau. Cet envahissement de la peau détermine d'abord la rétraction du mamelon, l'immobilité de la peau sur la tumeur, son changement de coloration, puis son ulcération. L'engorgement des ganglions axillaires et les phénomènes de la cachexie sont des signes certains de la nature cancéreuse de la tumeur.

Toutes les *formes* du cancer peuvent se localiser sur le sein, elles impriment à l'affection sa marche et sa durée; la *forme chronique* s'y observe fréquemment.

Traitement. — Tous les traitements se trouvent dans le cancer; l'usage prolongé de *conium* mais surtout d'*arsenicum* de la 6e à la 30e dilution m'ont toujours semblé modérer la marche des accidents et éloigner la cachexie. Quand le cancer est ulcéré, on se trouve bien d'un pansement avec de la charpie imbibée du mélange suivant : eau et alcool parties égales, arsenicum au 10,000e. Si l'alcool n'a pas une action favorable, on le remplace par un glycérolé ou une pommade. L'acide phénique au 1000e est un bon palliatif quand l'ulcère développe une grande fétidité.

Murex purpurea m'a rendu de véritables services dans le traitement des tumeurs bénignes douloureuses. Ce médicament calme presque infalliblement la douleur. — *Conium maculatum* vient ensuite ; on peut encore l'employer à l'extérieur sous forme de glycérolé au 10e ou au 20e.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE

Le *phlegmon*, l'*anthrax*, le *furoncle*, l'*anasarque*, les épanchements de *sang* et d'*air* ; les localisations *tuberculeuses*, *cancéreuses*, *syphilitiques*, les *hydatides*, les *loupes*, sont les principales affections du tissu cellulaire.

La plupart de ces affections sont du domaine de la chirurgie. Cependant, nous en dirons quelques mots afin d'en tracer le traitement médical et d'être fidèle à notre titre de *médecine pratique*.

PHLEGMON.

Le phlegmon se présente sous deux formes : *phlegmon circonscrit* et *phlegmon diffus*.

Phlegmon circonscrit. — Il est caractérisé anatomiquement par l'inflammation du tissu cellulaire; mais dans cette forme l'inflammation est exactement limitée, et constitue une tuméfaction circonscrite.

Le phlegmon débute par une douleur aiguë dans un point du corps; par un gonflement dur et circonscrit; par une augmentation de chaleur dans le point malade; et, quand l'inflammation est superficielle, par une rougeur circonscrite. Si le phlegmon est considérable, il s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile intense avec frisson au début. Les symptômes augmentent d'intensité pendant les premiers jours ; puis se maintiennent

dans un état stationnaire jusqu'à ce que la suppuration soit faite, du septième au neuvième jour; à moins que le phlegmon ne se termine par résolution, ce qui est rare.

Quand l'abcès est formé, le malade éprouve un moment de repos; puis le travail pour l'élimination du pus ramène les douleurs. L'abcès s'ouvre plus ou moins rapidement suivant sa profondeur; et souvent le malade éprouve plusieurs périodes de redoublement, séparées par un calme relatif, jusqu'à ce que l'abcès soit ouvert; cette ouverture termine la maladie, et la cicatrisation est très-rapide.

Traitement. — *Bryonia* et *mercurius* sont les deux médicaments du début. *Bryonia* convient au phlegmon avant la suppuration, et *mercurius* lorsque les douleurs pulsatives annoncent que l'abcès commence à se former. J'ai obtenu la résolution du phlegmon avec ces deux médicament. *Phosphorus* a encore été conseillé dans ce cas. Si l'abcès est formé et que la fluctuation soit manifeste, *silicea* est le médicament principal. Plusieurs médecins homœopathes attribuent à *hepar sulfuris* la propriété de favoriser l'ouverture des abcès.

Dans le phlegmon, je prescris des 3es et des 6es dilutions.

Un enduit de collodion élastique constitue un fort bon adjuvant et est préférable aux cataplasmes. Ces derniers conviennent mieux quand on a renoncé à l'espoir de résoudre le phlegmon. Le moment d'ouvrir l'abcès est indiqué par les redoublements qui signalent le travail d'élimination du pus.

Phlegmon diffus. — Il ne se limite pas comme le précédent; il s'étend à la manière des érysipèles et occupe de grandes surfaces. C'est une maladie grave, qui se ter-

mine souvent par la mort, et laisse presque toujours, quand elle guérit, des cicatrices considérables et des difformités.

Le phlegmon diffus débute par un mouvement fébrile intense et une rougeur érysipélateuse d'une partie du corps. Cette rougeur recouvre une tuméfaction dure et diffuse, qui s'étend de jour en jour, et s'accompagne d'une douleur brûlante extrêmement violente. Si c'est un membre qui est atteint, il se tuméfie entièrement, comme dans l'œdème; il est rouge, violacé par place; la consistance de la partie malade est variable; dure dans un point, elle présente ailleurs la consistance de l'œdème; et, par place, une véritable fluctuation. Ce dernier symptôme se généralise de plus en plus; la peau se décolle, les muscles se dissèquent, le tissu cellulaire et les aponévroses se mortifient; le phlegmon s'ouvre, par un grand nombre de points, d'où s'écoule abondamment un pus sanguinolent, mêlé de débris de tissus.

Si le malade résiste à ces désordres, les parties mortifiées s'éliminent peu à peu; et après six semaines, deux mois et plus, la guérison a lieu, laissant des cicatrices considérables, des jointures ankylosées et des difformités permanentes.

Traitement. — *Belladona* et *lachesis* sont les deux médicaments du phlegmon diffus. *Lachesis* surtout répond bien à l'ensemble des symptômes; la piqûre des serpents détermine de véritables phlegmons diffus. La clinique a du reste confirmé les données pathogénétiques.

Si on n'a pu éviter les énormes suppurations, on fera bien d'alterner *silicea* avec *lachesis*.

Les chirurgiens conseillent de faire sur le phlegmon diffus des débridements profonds et nombreux.

FURONCLE.

Le furoncle est une inflammation d'une petite masse de tissu cellulaire dont les filaments arrivent à une insertion unique sur une aréole du derme (Alp. Guérin).

Cette affection est souvent symptomatique de la goutte et du diabète; elle se développe après des excès de bonne chère, après les bains sulfureux, les bains froids et en particulier après les bains de mer.

Le furoncle débute par une papule dure, douloureuse, surmontant un engorgement plus profond, et terminé bientôt par une vésico-pustule. Cette vésico-pustule s'ouvre, laisse échapper une sérosité sanguinolente, puis à grand'peine, et seulement le lendemain ou le surlendemain, le tissu cellulaire enflammé qui s'est infiltré de lymphe plastique, puis mortifié.

Les furoncles ne s'accompagnent pas de symptômes généraux, ils sont souvent multiples et se succèdent pendant plusieurs semaines chez le même malade.

Traitement. — *Silicea* 6e est le meilleur médicament; *hepar sulfuris* 6e et *arsenicum* 6e alternés s'opposent à la multiplication des furoncles.

Le collodion les fait quelquefois avorter; un onguent térébenthiné, celui de *Bossu* en particulier, les fait cicatriser très-vite.

ANTHRAX.

C'est un gros furoncle avec tendance à la mortification de la peau. Il présente deux degrés : l'*anthrax bénin* et l'*anthrax malin*.

Anthrax bénin. Il a reçu encore le nom d'*anthrax furonculeux*. C'est à proprement parler un furoncle multiple; c'est-à-dire que l'inflammation, au lieu d'occuper une petite masse de tissu cellulaire unie à une seule aréole du derme, en occupe plusieurs : aussi l'anthrax bénin est-il beaucoup plus gros que le clou et s'ouvre-t-il par cinq ou six ouvertures.

L'*anthrax malin* se distingue du précédent par la gangrène de la peau et par son volume excessif.

L'anthrax malin est toujours une affection grave; il est habituellement symptomatique du diabète; et quand il survient en dehors de cette maladie, il produit souvent un diabète accidentel; circonstance fort importante pour le pronostic et qui doit empêcher d'attribuer au diabète tous les anthrax dans le cours desquels les urines contiennent du sucre. J'ai observé un cas dans lequel la production du sucre disparut aussitôt la guérison de l'anthrax et ne se montra plus pendant toute la vie du malade.

L'anthrax est commun chez les goutteux. En dehors du diabète il ne se montre guère que chez les vieillards.

Le siége de prédilection de l'anthrax est la nuque, le dos, la face. Il acquiert un volume considérable, jusqu'à 20, 30 centimètres et plus de diamètre; l'eschare est large comme la paume de la main.

L'anthrax s'accompagne d'un mouvement fébrile intense qui n'atteint son plus haut degré que quelques jours après le début; le mouvement fébrile s'accompagne d'une grande prostration.

Les symptômes locaux ressemblent d'abord à ceux du furoncle, mais la base s'élargit considérablement, la peau devient d'un rouge foncé, et toute la partie malade est le siége d'une douleur brûlante insupportable. Cette

douleur ne se calme que lorsque la peau est gangrenée. L'eschare s'étend plus ou moins; elle est noire et comparable à celle produite par la potasse. L'élimination se fait lentement; un énorme bourbillon suit la chute de l'eschare; puis la plaie se déterge, bourgeonne et se cicatrise. Mais il faut au moins six semaines ou deux mois pour l'évolution complète de l'affection.

Traitement. — *Arsenicum* est le médicament de l'anthrax; je l'administre à la 3e trituration, 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Je recouvre la tumeur de la pommade suivante : axonge, 10 grammes ; *arsenicum* 2e trituration, 1 gramme. Si l'affection ne s'arrête pas, je remplace la 2e trituration par la première, 50 centigrammes; puis 1 gramme. On a encore recommandé *lachesis, apis* et *china*.

Silicea est indiqué après la chute de l'eschare.

Le débridement de l'anthrax est condamné par beaucoup de chirurgiens; il expose à l'érysipèle, à la diathèse purulente; enfin, il n'arrête pas le développement de l'anthrax. Feldmann rapporte le cas d'un anthrax de 14 centimètres de diamètre, dans lequel le débridement multiple n'a pas empêché la tumeur d'atteindre un diamètre de près de 39 centimètres!

LOUPES.

Les loupes sont des tumeurs enkystées contenant une grasse plus ou moins dure. Quand elles sont dures, arrondies, à surface lisse, elles portent le nom de *loupes* proprement dites. Elles siégent habituellement sur le crâne. Plus volumineuses, molles, présentant au toucher

une foule de petits lobules, elles ont reçu le nom de *lipomes;* elles siégent sur le corps et peuvent acquérir un volume considérable.

Les loupes ne gênent que par leur volume, elles sont rarement uniques ; il est fréquent de rencontrer des malades qui en portent 10 et 12. Les loupes peuvent s'enflammer, suppurer et guérir. Mais en dehors de cette terminaison elles n'ont aucune tendance à guérir ; elles s'accroissent lentement et restent quelquefois stationnaires.

Traitement. — Jahr conseille : *calcarea, daphne, graphites* et *kali carbonicum*. Si on est obligé d'avoir recours à un traitement chirurgical, il faut éviter l'instrument tranchant qui peut entraîner et qui a entraîné plusieurs fois la mort des opérés ; les caustiques seuls doivent être appliqués au traitement des loupes. Pour les loupes vraies, il suffit de faire pénétrer au centre de la tumeur, à l'aide de la seringue de Pravar, une goutte de teinture d'iode pour tuer le kyste, déterminer la suppuration et la guérison de la loupe.

ANASARQUE.

L'anasarque est l'hydropisie du tissu cellulaire ; on lui donne le nom d'*œdème* quand cette hydropisie est bornée à une région.

L'anasarque et l'œdème sont des symptômes communs à un grand nombre de maladies : affections du cœur et de l'aorte ; compression et oblitération des veines ; maladies de Bright et toutes les maladies dans lesquelles on rencontre de l'albuminurie. Enfin on a décrit une *anasarque essentielle* ; seulement, il est possible qu'on ait décrit

sous ce nom des anasarques survenues dans la convalescence de scarlatines sans éruption, ainsi que nous avons eu l'occasion d'en observer. Nous décrirons ensuite l'*œdème des nouveau-nés*.

L'*anasarque essentielle* débute habituellement par un mouvement fébrile, et l'enflure apparaît simultanément par tout le corps, ou au moins elle se généralise très-vite. Elle acquiert promptement son plus haut degré, n'y reste pas bien longtemps et disparaît assez vite. En somme, c'est une maladie qui a une marche aiguë et qui semble se terminer toujours par la guérison. L'anasarque essentielle est un *œdème dur*, c'est-à-dire qu'on la déprime difficilement et qu'elle garde très-peu de temps l'empreinte du doigt. La peau est habituellement rosée.

L'anasarque essentielle s'accompagne d'œdème du poumon, qui produit une dyspnée plus ou moins intense.

Presque toujours l'anasarque survient à la suite d'un refroidissement.

Traitement. — Au début, *aconitum* que l'on continue pendant toute la durée du mouvement fébrile, puis *helleborus* et *arsenicum*.

ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS.

C'est une anasarque compliquée des phénomènes de l'asphyxie lente et qui, dans la plupart des cas, se termine rapidement par la mort.

Cette maladie débute dès les premières heures de la naissance, avant le troisième jour; chez les enfants faibles, nés avant terme et abandonnés. C'est surtout une maladie des *enfants trouvés*. Le *froid* est la cause occasion-

nelle la plus fréquente; aussi l'*œdème* s'observe principalement en hiver.

La maladie débute par une coloration rouge violacée de tout le tégument, et par une teinte bleue asphyxique de la face et des lèvres.

L'*œdème* apparaît d'abord sur le dos du pied, puis à la face plantaire; il gagne les jambes, envahit successivement les mains et les avant-bras, puis la face, les cuisses, les bras, le scrotum ou la vulve, l'hypogastre; le thorax est rarement atteint. L'œdème est dur comme tous les œdèmes rapides, cependant, il garde parfaitement l'impression du doigt. En même temps que l'œdème se développe, la couleur violacée est remplacée par une teinte jaune terne, qui souvent envahit les sclérotiques. Mais le phénomène dominant est la diminution rapide de la calorification : le thermomètre placé dans la bouche peut descendre jusqu'à 26 degrés; le pouls se ralentit en même temps; les enfants ont un cri aigu, grêle et sans force, ils tiennent les yeux constamment fermés et refusent toute nourriture. La mort arrive rapidement vers le cinquième jour dans un coma asphyxique. Quelquefois, la maladie subit un temps d'arrêt; les enfants vont mieux, puis ils retombent. La durée de la maladie peut se prolonger alors jusqu'au vingtième jour. Quand la maladie doit se terminer par la guérison, le cri devient plus fort, les yeux s'ouvrent, l'enfant se réchauffe et tette avec avidité.

Traitement. — *Arsenicum, carbo vegetabilis, lachesis*, sont les médicaments qui correspondent le mieux à l'ensemble des symptômes; mais nous manquons d'expériences cliniques. La chaleur extérieure, celle d'une bonne nourriture surtout, est une condition puissante pour la guérison.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DU TISSU MUSCULAIRE

Tous les produits morbides, *pus, cancer, tubercules,* peuvent se localiser dans le tissu musculaire; les *hydatides* s'y rencontrent quelquefois, et c'est le siége habituel des *trichines*. La fonction des muscles est troublée dans les *convulsions,* les *contractions* et les *rétractions;* leur tissu est altéré dans l'*atrophie* et la *dégénérescence graisseuse;* enfin, ils sont le siége de *douleurs* dans les *myalgies*. Nous ne décrirons dans ce chapitre que cette dernière affection et l'*atrophie musculaire progressive*, qui aurait dû être étudiée avec les névroses.

MYALGIE.

C'est une affection caractérisée par une douleur d'un ou de plusieurs muscles; douleur qui augmente par le mouvement du muscle malade et disparaît habituellement dans le repos absolu. Cette douleur s'accompagne d'un léger degré de contracture, et quand la myalgie devient chronique, le muscle malade se rétracte.

Tous les muscles du corps peuvent être le siége de cette affection, mais nous ne décrirons que les trois principales variétés : le *torticolis,* le *lumbago,* la *pleurodynie*. Il est facile de compléter l'histoire des myalgies, en appliquant à chaque muscle ce que nous dirons de quelques-uns.

Torticolis. — Le torticolis est une myalgie qui siége sur les muscles du cou. Cette affection peut atteindre le *sterno-cléido-mastoidien* ou les muscles postérieurs du cou : *trapèze, splenius*, grand et petit *complexus*. Dans ce cas, l'affection est toujours beaucoup plus rebelle.

Cette affection, comme toutes les myalgies, survient principalement chez les hystériques et les goutteux. Mais elle se manifeste aussi en dehors de tout autre état morbide et constitue une maladie essentielle. La plupart des auteurs font de la *myalgie* un *rhumatisme musculaire*. Mais cette opinion repose uniquement sur ce fait, que les myalgies se développent toujours à l'occasion d'un refroidissement. C'est là, nous l'avons déjà dit, un préjugé aussi faux qu'il est généralement répandu ; jamais une circonstance étiologique, de l'ordre des causes occasionnelles, n'a suffi pour constituer une espèce morbide, et nous n'admettrons la nature rhumatismale des myalgies que le jour où des observations cliniques auront démontré une filiation entre cette maladie et le rhumatisme articulaire aigu.

Le *torticolis* est *bénin* ou *grave*. Dans le premier cas, il dure quelques jours, et dans le second, il se prolonge des semaines et a une grande tendance à se terminer par la rétraction musculaire.

Quand la douleur siége dans le *sterno-cléido-mastoidien*, le malade, pour éviter le mouvement du muscle douloureux, tient sa tête inclinée du côté affecté et la fait légèrement tourner du même côté ; s'il veut redresser la tête et tourner la face du côté opposé, la douleur devient extrêmement vive et arrache un petit cri au malade. Cette douleur diminue après quelques jours, et la maladie ne laisse aucune trace.

Quand le torticolis occupe les muscles de la région postérieure, le malade tient la tête inclinée d'un côté et

dans une position qui place les muscles malades dans le relâchement et varie avec les muscles atteints. Les mouvements sont rendus impossibles par la douleur qui accompagne la contraction des muscles affectés.

Quand les douleurs sont très-vives, elles entraînent l'insomnie, et une certaine pesanteur douloureuse de la tête.

Le torticolis présente souvent des alternatives d'aggravation et de rémission ; quelques-uns nous ont offert des rémittences complètes pendant quelques heures et une certaine régularité dans le retour des accès.

Quand le torticolis passe à l'état chronique, les douleurs diminuent beaucoup et finissent par disparaître, mais la tête reste fixée dans une inclinaison vicieuse, et, après un temps variable, les vertèbres du cou participent à la déviation et la rendent irrémédiable. Si les malades sont abandonnés à eux-mêmes, les apparences de la difformité diminuent beaucoup par des inclinaisons volontaires qui corrigent un peu les déviations pathologiques.

Traitement. — *Belladona, bryonia, nux vomica,* sont les médicaments principaux du torticolis à la période aiguë. *Belladona* est celui qui nous a le plus souvent réussi ; il faut prescrire une première dilution et souvent quelques gouttes de teinture mère.

Quand la maladie est arrivée à l'état chronique, le médicament devient beaucoup moins efficace.

L'*électricité* et le *massage* m'ont rendu des services dans quelques cas. Un appareil orthopédique qui lutte contre la rétraction musculaire est quelquefois nécessaire, mais il doit être continué longtemps. Dans les cas rebelles il ne faut pas trop tarder à employer la *ténotomie*.

Lumbago. — C'est une myalgie très-fréquente et très-douloureuse qui siége sur les muscles *sacro-lombaires*.

On l'observe très-fréquemment chez les goutteux. Le lumbago débute quelquefois tout à coup à la suite d'un effort musculaire. Ordinairement il commence plus lentement et survient à la suite de fatigue des muscles lombaires, bien plus souvent qu'après un refroidissement, circonstance étiologique importante à retenir pour écarter le préjugé qui regarde toutes les myalgies comme des rhumatismes.

La douleur siége quelquefois d'un seul côté; plus souvent elle occupe les deux avec une prédominance à droite ou à gauche. Quand le malade est debout, il marche courbé en avant et quelquefois incliné de côté de manière à tenir dans le relâchement les muscles malades; s'il veut se redresser, il éprouve une douleur violente, qui disparaît lorsque le muscle malade est au repos. Les douleurs reparaissent au moindre mouvement et, dans les accès forts, le malade est complétement immobilisé; la toux, l'éternuement répondent douloureusement dans le point affecté.

Comme le torticolis, le lumbago est souvent *bénin* et se dissipe après trois ou quatre jours; d'autres fois il est *grave* et passe à l'état chronique. Si on ne peut pas le guérir, il entraîne une déviation de la colonne vertébrale.

Traitement. — *Nux vomica, bryonia* et *sulfur* sont les médicaments principaux dans la période aiguë.

Pour *nux vomica* et *bryonia*, il faut prescrire des premières dilutions, 20 à 25 gouttes dans une potion de 200 grammes. Si la douleur résistait, il faudrait s'adresser à la teinture mère. *Nux vomica* est ici le médicament principal.

Quand le *lumbago* est passé à l'état chronique, *rhus* et *sulfur* sont indiqués par les auteurs.

L'*électricité*, le *massage*, des *douches de vapeurs*, les eaux d'Aix en Savoie, celles des Pyrénées, amènent habituellement une guérison compléte.

Pleurodynie. C'est la myalgie des muscles pectoraux, grand dorsal, intercostaux; elle est souvent confondue avec la névralgie intercostale. La myalgie se distingue de la névralgie : 1° parce qu'elle manque de *points* douloureux caractéristiques de toute névralgie; 2° parce que les mouvements du muscle malade sont extrêmement douloureux, d'où il résulte une troisième différence : 3° la douleur de la pleurodynie est beaucoup plus étendue, beaucoup plus *large* que celle de la névralgie.

Traitement. — *Bryonia, pulsatilla, arnica* et *nux vomica* sont les médicaments qui guérissent le mieux cette maladie. On a aussi indiqué *sabadilla*.

Bryonia est le médicament principal; il est indiqué par l'aggravation des douleurs au moindre mouvement.

Pulsatilla se distingue de *bryonia* parce qu'il est impossible de rester couché sur le côté malade.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

Sous ce nom on décrit une affection caractérisée par la destruction successive de la fibre musculaire dans des muscles isolés, avec tendance de la lésion à envahir progressivement tous les muscles du corps.

Cette affection constitue une espèce morbide et c'est pour cela que nous proposons de l'appeler atrophie mus-

culaire essentielle ; dans tous les cas, il faut la distinguer avec soin des atrophies musculaires consécutives aux paralysies, aux rétractions, aux compressions et même à la simple immobilité musculaire qui constituent simplement des *lésions*.

L'atrophie musculaire essentielle n'est point une paralysie avec destruction de la fibre musculaire. La destruction de la fibre musculaire est le phénomène initial ; la contractilité persiste dans le muscle tant qu'il reste une fibre intacte, et la paralysie n'existe que quand la fibre est entièrement détruite.

Anatomie pathologique. — Le muscle est atrophié, décoloré, jaunâtre, transparent ; il graisse le papier Joseph. Quand la maladie a persisté longtemps, on trouve les racines antérieures et le faisceau antéro-latéral de la moelle épinière notablement atrophiés.

Des travaux récents ont démontré que la lésion siégeait quelquefois dans la substance grise de la moelle et sur des filets du grand sympathique. Jaccoud, s'appuyant sur ces nouveaux faits et sur une étude plus approfondie des symptômes, a démontré que l'atrophie musculaire était constituée anatomiquement par une lésion des *nerfs trophiques* des muscles malades ; que cette lésion siége sur des filets distincts du grand sympathique, ce qui est plus rare, ou qu'elle atteigne ces filets quand ils sont unis à l'origine des nerfs spinaux dans les racines antérieures, ou même qu'elle frappe les centres d'innervation sympathiques qui sont disséminés dans la moelle épinière. La place de cette maladie dans le cadre nosologique serait donc à côté de l'ataxie locomotrice.

L'examen microscopique montre que les fibres striées transversales sont d'abord détruites ; puis viennent ensuite les fibres longitudinales, et il ne reste plus que le

myolemme. Cette destruction de la fibre est accompagnée de la formation de *granulations* qui plus tard se transforment en graisse. En résumé, l'élément graisseux vient remplacer la fibre musculaire ; la contractilité électrique persiste tant qu'il existe une fibre musculaire.

Les faits cliniques ne permettent pas encore d'établir des formes définitives dans cette maladie. Cependant, les cas peuvent déjà être séparés en deux catégories, ceux dans lesquels la maladie commence par le tronc, et ceux beaucoup plus nombreux dans lesquels elle commence par les membres.

1re *période*. Cette première période est caractérisée par le défaut de force pour certains mouvements très-limités et par les contractions fibrillaires. Ce symptôme consiste dans des ondulations très-fines dans le sens des muscles, se succédant très-rapidement et produisant de petites saccades perçues par le malade. Ces contractions fibrillaires se développent spontanément ; elles sont provoquées par la contraction volontaire ou électrique, par un coup, un pincement, une irritation de la peau. Cette première période, qui n'est jamais bien longue, s'accompagne d'une tendance au refroidissement. On a signalé dans quelques cas très-rares l'existence de douleurs dans les membres pendant cette première période.

2e *période*. Elle est caractérisée par l'atrophie musculaire, d'où résultent des paralysies complètes, mais très-limitées, des attitudes vicieuses et des déformations toutes spéciales.

L'atrophie débute habituellement par les muscles de la main : éminence thénar et hypothénar, muscles interosseux ; alors la main affecte la forme d'une griffe. Plus tard les fléchisseurs et les extenseurs des doigts sont envahis; et l'avant-bras arrive à un état de maigreur squelettique, la peau collée sur les os, le poignet habituelle-

ment dans l'extension et les doigts demi-fléchis. A ce degré, la maladie peut rester stationnaire très-longtemps encore.

Les muscles du bras sont ensuite envahis simultanément avec les muscles du tronc ; le triceps habituellement persiste le dernier, puis viennent les fléchisseurs des membres inférieurs et enfin les muscles de la face.

Tel est l'ordre suivi par la maladie pour la destruction du tissu musculaire. Ajoutons que la symétrie est la règle, que très-exceptionnellement l'atrophie commence par les membres inférieurs et qu'assez souvent elle débute par les muscles du tronc. On comprend que les déformations, les vices dans l'attitude, et les paralysies varient avec les muscles atteints. Seulement les mouvements ne sont pas toujours abolis parce qu'il existe des *muscles supplémentaires*. Ainsi, le *rond pronateur* remplace le biceps pour la flexion de l'avant-bras. L'atrophie du grand dorsal, du rhomboïde ne gêne que certains mouvements et vicie l'attitude des épaules pendant le repos. L'atrophie du diaphragme donne lieu aux symptômes bien connus de la paralysie de ces muscles ; il en est de même de la destruction des interosseux. Notons encore l'absence de synergie et de mesure dans les mouvements par la destruction des muscles antagonistes.

Très-souvent, dans cette période, l'embonpoint du sujet masque la déformation causée par la destruction des muscles. Jaccoud a signalé des accès de refroidissement dans les membres les plus malades pendant cette période qui est la plus longue.

3e *période*. Elle est caractérisée par des troubles profonds apportés dans les fonctions de la préhension des aliments et de la respiration, et par un état cachectique ; elle se termine fatalement par la mort.

Habituellement la respiration, de plus en plus gênée

par la destruction du diaphragme ou des intercostaux, amène une asphyxie lente qui s'aggrave encore de la difficulté de l'expuition. Quand la destruction des muscles est très-avancée, il y a des accès de suffocation qui finissent par amener la mort. A cette période, la destruction des muscles abaisseurs de la mâchoire vient encore aggraver la situation, le malade ne peut plus ouvrir la bouche, il est obligé de porter le menton en avant (menton de galoche), pour faire pénétrer les liquides dans la bouche. Ce défaut d'alimentation vient encore se joindre aux causes d'asphyxie pour précipiter l'issue funeste de la maladie.

On observe souvent l'anesthésie, quelquefois des contractures, mais jamais ni paralysie de la vessie et du rectum, ni aucun trouble intellectuel.

En résumé, la maladie marche lentement ; elle peut rester indéfiniment stationnaire à la deuxième période, quand les muscles du tronc ne sont pas ou ne sont que légèrement atteints. Arrivée à la troisième période, elle marche plus rapidement et se termine par la mort.

Etiologie. — Cette maladie est *héréditaire;* la *consanguinité* a une influence fâcheuse sur son développement. C'est surtout l'*âge* adulte et le *sexe* masculin qui offrent le plus de cas. L'onanisme et les excès vénériens, les refroidissements, mais principalement l'exercice immodéré d'un seul muscle ou d'un petit nombre de muscles, sont les *causes occasionnelles* le plus souvent signalées ; aussi les saltimbanques sont souvent atteints de cette maladie; mais les causes occasionnelles peuvent faire complétement défaut.

Traitement. — M. Duchenne (de Boulogne), qui s'est beaucoup occupé de cette maladie, la traite par la *faradi-*

sation. Il faut commencer par de courtes séances pour ne pas *iuer* le muscle malade, puis arriver à des courants très-forts et très-prolongés. Les mouvements fibrillaires sont d'abord détruits; puis la contractilité augmente, le muscle prend du volume, *l'électricité refait la fibre musculaire* et peut arrêter longtemps la maladie. Il est inutile de faradiser les muscles complétement détruits.

La pathogénie nous indique : *plumbum, secale cornutum* et *phosphorus ;* mais l'expérience clinique ne nous a rien appris de l'efficacité du traitement homœopathique dans cette maladie.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DES ARTICULATIONS

Les articulations sont le siége de maladies et d'affections bien diverses : *lésions traumatiques, corps étrangers, arthrites rhumatismales, goutteuses, blennorrhagiques, syphilitiques ; arthrites de la diathèse purulente ; hydarthroses, tumeurs blanches*. La plupart de ces affections sont du domaine de la chirurgie ou ont été déjà décrites à propos d'autres maladies. Nous ne ferons donc ici que l'histoire de l'*hydarthrose* et de la *tumeur blanche*.

HYDARTHROSE.

L'hydarthrose est une affection caractérisée par une inflammation de la synoviale et un épanchement séreux dans l'articulation.

Cette affection survient de préférence chez les scrofuleux, mais on l'observe aussi en dehors de cette maladie. L'impression du froid humide longtemps continué est la cause la plus fréquente du développement des hydarthroses ; aussi les auteurs n'hésitent pas à faire de cette maladie une *affection rhumatismale*. Mais pour nous qui rejetons bien loin les *virus*, les *vices* et les fantaisies étiologiques, nous ne pouvons faire de l'hydarthrose une dépendance du rhumatisme et accepter une opinion fondée sur cette unique raison que le froid humide est une occasion de développement pour les deux maladies. Pour établir qu'il existe un hydarthrose rhumatismale, il faudrait dé-

montrer qu'il y a un rapport quelconque entre cette affection et un rhumatisme articulaire aigu antécédent; or, c'est ce qui n'a jamais été fait. L'hydarthrose, par ses symptômes, par sa marche, par ses terminaisons et son étiologie, se rapproche bien plus de la pleurésie que du rhumatisme articulaire. C'est pourquoi nous n'hésitons pas à en faire une véritable arthrite.

L'hydarthrose présente deux formes : une *forme bénigne* et une *forme commune*.

La FORME BÉNIGNE est caractérisée par une marche plus rapide et des symptômes plus accentués ; la douleur articulaire est bien marquée. C'est une douleur sourde, continue, augmentant par le mouvement et le toucher, et n'atteignant jamais l'acuité de la douleur rhumatismale. L'épanchement se forme rapidement et est très-abondant; l'articulation se déforme, s'arrondit et devient plus mobile quand la douleur a un peu diminué. Dans les grandes articulations comme le genou, il est facile de sentir la fluctuation.

Après quinze jours, trois semaines la résolution commence et la maladie disparaît complétement, laissant pendant quelque temps encore une certaine roideur de l'articulation.

FORME COMMUNE. — C'est une maladie beaucoup plus sérieuse ; elle débute d'une manière lente et fait des progrès peu sensibles ; la douleur est souvent nulle et n'apparaît que pour quelques jours. L'épanchement met bien des semaines à se compléter ; et les malades continuent à se servir du membre malade, quoique cependant ils ne puissent, sans souffrance, supporter ni un effort, ni une fatigue.

La maladie reste ainsi stationnaire pendant un temps indéterminé, présentant de temps à autre des alternatives

d'aggravation et d'amélioration; elle se termine par résolution ou persiste indéfiniment. La rupture de la poche synoviale à la suite d'une violence extérieure est une terminaison rare et souvent heureuse. La *luxation spontanée* qui suit souvent l'hydarthrose de la hanche est un mode très-fâcheux de guérison.

Après la guérison de cette forme, la jointure malade reste faible par suite du relâchement des ligaments.

Traitement. — Au début et quand il y a des symptômes un peu aigus, *cantharis* et *apis mellifica* sont les deux médicaments principaux. Nous prescrivons *cantharis* 3e, 2e et 1re, 3 à 10 gouttes dans une potion de 200 grammes, 3 cuillerées par jour; *apis* à la 3e trituration. La clinique ne nous permet pas encore de préciser les signes qui doivent faire préférer l'un de ces deux médicaments.

Dans la période d'état, *sulfur, calcarea, mercurius*, mais surtout *iodium;* c'est avec ce dernier médicament que nous avons obtenu le plus de succès.

Dans les cas tout à fait rebelles, les frictions et même les injections iodées sont quelquefois nécessaires, et nous ont donné des guérisons radicales. Les injections doivent être faites avec de l'*eau iodée*.

La *compression* qui maintient en rapport les surfaces articulaires est un moyen adjuvant fort utile; jointe à l'*immobilité,* elle a suffi à guérir certains cas d'hydarthrose.

TUMEUR BLANCHE.

C'est une affection scrofuleuse caractérisée par l'inflammation chronique d'une articulation, et le plus souvent par la production de *fongosités*.

Anatomie pathologique. — La synovie s'injecte et s'enflamme; elle se recouvre d'un exsudat fibrineux, et la couche épithéliale se détruit en totalité ou en partie; la couche fibrineuse se vascularise, se transforme en tissu fibro-plastique végétant, analogue aux bourgeons charnus, et la *fongosité articulaire* est constituée. Ces fongosités végètent, augmentent, s'infiltrent d'un liquide épais, d'une sorte de gelée; traversent les capsules synoviales et viennent faire saillie sous la peau; si celle-ci s'ulcère, elles végètent au dehors. Un semblable tissu se développe dans les extrémités osseuses; les cartilages sont ulcérés, décollés, détruits, les os cariés; l'exsudat se transforme en pus qui se vide au dehors par des fistules multiples. Si la maladie doit guérir, les fongosités se durcissent, deviennent moins vasculaires, se transforment en *tissu lardacé*, puis en tissu cellulaire, et l'articulation, complètement ankylosée, arrive enfin à guérison.

Dans certains cas, les fongosités sont peu abondantes ou disparaissent, la lésion est constituée principalement par un épanchement purulent. Le *tubercule* se rencontre accidentellement dans la tumeur blanche.

Cette maladie débute d'une manière insidieuse : une douleur sourde, une certaine gêne, et surtout un manque de force dans la partie malade sont les deux premiers symptômes; puis se montrent, très-rapidement dans les articulations superficielles, plus lentement pour les articulations profondes, le *gonflement* et les *attitudes vicieuses*.

Ces attitudes sont dues à la rétraction des muscles, et le membre est maintenu dans la flexion combinée avec un mouvement d'abduction ou d'adduction, quelquefois de rotation. A ce moment, les mouvements de la jointure sont très-difficiles, extrêmement douloureux, et le malade a perdu complétement l'usage de la jointure affectée. Cet

état se prolonge des mois, quelquefois des années; le malade est en général amaigri, mais les symptômes généraux sont encore peu marqués; puis l'articulation malade s'ouvre, la fièvre hectique s'établit, et la *cachexie scrofuleuse* avec toutes ses affections et toutes ses conséquences s'établit promptement.

Si le malade guérit, le membre s'ankylose, et si le médecin n'a pas pris ses précautions, il s'ankylose dans une position vicieuse.

L'ÉTIOLOGIE de la tumeur blanche est celle de la *scrofule;* les *entorses,* les *arthrites* sont des occasions du développement de la tumeur blanche chez les scrofuleux. Cette affection est plus fréquente dans la seconde enfance.

TRAITEMENT. — L'hygiène, les médicaments et les eaux que nous avons indiqués au traitement de la scrofule constituent le traitement médical de la tumeur blanche.

Le *traitement local* consiste en un seul moyen : l'*immobilisation* de la jointure. Les membres sont placés dans la situation qui sera la plus avantageuse si le malade guérit, c'est-à-dire dans l'extension pour les membres inférieurs, dans la demi-flexion pour le coude; puis ils sont immobilisés au moyen d'un appareil amidonné ou à l'aide d'une des gouttières inventées par Bonnet de Lyon.

Quand l'affection marche toujours malgré l'emploi de tous ces moyens; quand la fièvre hectique existe, que le malade est arrivé au dernier degré de la cachexie, l'*amputation* sera faite avec de grandes chances de succès, s'il n'y a point d'affections scrofuleuses internes.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DES OS

Les os présentent des lésions très-multiples, ils se ramollissent dans le *rachitisme ;* le *cancer,* les *hydatides,* les *tubercules,* se localisent dans ce tissu ; la *syphilis,* la *scrofule,* le *scorbut,* y impriment leurs caractères les plus graves et les plus ultimes. Le tissu osseux est susceptible d'inflammation et l'*ostéite* peut se terminer par *suppuration,* par *carie* et par *nécrose.*

L'*ostéite purulente* ne s'observe qu'à la suite de lésion traumatique ; la *nécrose* est la terminaison de l'*ostéite syphilitique*, de l'*ostéite scrofuleuse,* de l'*ostéite par extension de l'inflammation* d'un organe voisin, de l'*ostéite essentielle.* La *carie* est la forme habituelle de l'*ostéite scrofuleuse ;* on l'observe aussi dans la *syphilis* et dans le *scorbut.* Le *spina ventosa* est une lésion scrofuleuse que nous avons déjà décrite; l'*exostose* est une affection syphilitique. Nous dirons un mot de l'histoire de la *nécrose,* de la *carie* et du *mal de Pott.*

NÉCROSE.

La *nécrose* est la terminaison de l'ostéite par *mortification ;* l'os mortifié constitue un *séquestre* qui doit être *éliminé* et souvent *réparé.*

La *nécrose* survient encore quand un membre tout entier est frappé de gangrène ; quand une cause trau-

matique a détruit le périoste ou la membrane médullaire; mais ici il ne sera question que de la nécrose spontanée.

Lorsque l'inflammation frappe un os en totalité, les vaisseaux capillaires du périoste et de la membrane médullaire sont oblitérés et l'os privé de circulation est frappé de mort. Le périoste et la membrane médullaire et les parties de l'os qui ont échappé à la mortification deviennent le siége d'un travail d'élimination et de réparation. Les deux membranes se séparent de l'os mortifié, la partie vivante de l'os bourgeonne et s'isole lentement du séquestre qui après un temps assez long se trouve complétement libre; et son élimination ne souffrirait pas de difficulté, si le plus souvent le périoste n'avait commencé trop tôt son œuvre réparatrice et constitué un os nouveau qui enveloppe, qui *invagine* le séquestre. La suppuration abondante qui accompagne ce travail se fait jour par plusieurs points, et entretient dans l'os nouveau des trous, par lesquel le séquestre aminci finit par s'échapper et sortir au dehors.

L'os nouveau est toujours plus gros, souvent plus long que l'os ancien; il est irrégulier.

La nécrose ou plutôt l'ostéite qui la précède s'annonce par une douleur sourde et continue dans l'os frappé. Dans certains cas, quand l'ostéite est essentielle et succède à un refroidissement, on observe des symptômes généraux fort graves et une fièvre violente; mais le plus souvent dans les ostéites scrofuleuses et syphilitiques, une douleur sourde, nocturne dans le dernier cas, est le seul symptôme de la maladie à sa première période, et les malades continuent à travailler.

Si l'affection est très-limitée ou l'os petit, une tuméfaction plate apparaît sur l'os et devient lentement fluctuante. C'est ce qu'on observe dans la nécrose du maxillaire inférieur; mais, dans la nécrose d'une por-

tion considérable du fémur ou du tibia, le membre entier augmente de volume et présente une tuméfaction dure. Au bout de quelque temps, certains points rougissent, s'élèvent en pointe, s'ouvrent, et laissent écouler une quantité de pus considérable et hors de proportion avec l'apparence du foyer sous-cutané. Plusieurs fistules s'établissent successivement sur la longueur du membre, et la maladie peut persister ainsi des années avec un membre tuméfié, dur, empâté, percé de fistules qui laissent écouler un pus plus ou moins séreux, plus ou moins sanguinolent et mélangé de débris osseux. Un stylet introduit par une des fistules arrive sur le séquestre qui rend un son sec quand on le frappe. A l'aide de deux stylets introduits dans des points éloignés, on s'assure du degré de *mobilité* et de la grandeur du séquestre. A ce moment, le malade maigrit et s'épuise; la fièvre hectique s'établit, et la mort peut survenir si l'art n'intervient pas. Quelquefois le séquestre s'engage dans une des ouvertures que présente l'os nouveau, il apparaît au dehors et peut être extrait facilement; mais le plus souvent il faut pénétrer jusqu'à lui à l'aide d'une opération chirurgicale. Quand le séquestre est éliminé, la suppuration diminue et se tarit; les fistules se cicatrisent; la fièvre disparaît; l'os nouveau se consolide et se régularise, et la guérison est bientôt complète.

Traitement. — *Mercurius* et *phosphorus* produisent l'ostéite et la nécrose. Ce sont donc les deux médicaments avec lesquels on aura le plus de chance d'arrêter et de limiter la maladie à son début. *Aurum* et *iodium*, indiqués par certains auteurs, conviennent surtout à la nécrose syphilitique. Mais, une fois que la nécrose est faite, les indications changent : il faut diminuer la quantité de la suppuration, empêcher l'établissement de la fièvre hectique et

favoriser l'élimination du séquestre. *Silicea* est le médicament principal de cette période, on l'administre de la 6e à la 30e dilution. Des *injections iodées* au tiers ou par parties égales diminuent la suppuration, favorisent la sortie des débris osseux et luttent contre le développement de la fièvre hectique. Mais, si le séquestre est très-volumineux, si le malade est épuisé, il ne faut pas trop tarder à réclamer l'assistance d'un chirurgien.

CARIE.

La carie est une ostéite à marche chronique, caractérisée par une nécrose moléculaire; la carie diffère de la nécrose comme l'ulcération diffère de la gangrène.

La carie est presque toujours une affection scrofuleuse; cependant on l'observe encore dans la syphilis et à la dernière période du scorbut.

Le début est moins accentué que dans la nécrose, la douleur est plus vive et souvent fait complétement défaut. Dans ce cas, l'apparition d'un *abcès froid* est le premier symptôme de la carie. Quand l'os est superficiel, on constate une tuméfaction apparente de l'os malade, tuméfaction due au dépôt d'un plasma abondant entre le périoste et l'os; et plus tard, à l'organisation de ce plasma.

Quand l'abcès est ouvert, il laisse écouler un pus sanieux, très-souvent sanguinolent, et dans lequel on trouve de petits débris osseux; ces abcès deviennent fistuleux. L'examen de l'os à l'aide d'un stylet porté dans la fistule est le moyen principal du *diagnostic*, on rencontre un tissu qui se laisse pénétrer, en donnant la sensation de lamelles minces et sèches qui se brisent au moindre contact.

Les caries se prolongent très-longtemps. Elles amènent souvent la *cachexie scrofuleuse* si on ne parvient pas à enrayer la maladie. La guérison a lieu par la nécrose et l'élimination de la portion d'os cariée; d'autres fois l'inflammation du tissu osseux produit des bourgeons charnus, et une modification telle des surfaces malades que la cicatrisation devient possible.

Traitement. — Il faut se reporter à ce que nous avons dit dans les paragraphes de la *scrofule*, de la *syphilis*, du *scorbut* et des *tumeurs blanches*. Nous indiquerons plus spécialement contre la carie : *asa fœtida, argentum metallicum, calcarea, silicea* et *sulfur*. Les *injections iodées* rendent d'importants services et éloignent la période de cachexie : l'amputation est quelquefois nécessaire.

MAL DE POTT.

C'est une affection scrofuleuse caractérisée par la carie des vertèbres. Cette affection, qu'on pourrait appeler la *tumeur blanche* du rachis, est d'une fréquence et d'une gravité telles que nous avons cru devoir lui consacrer un chapitre spécial.

Les *lésions* du mal de Pott comprennent plusieurs éléments : la carie des vertèbres, la destruction des disques intervertébraux et la formation d'un *abcès* dit *par congestion*.

La carie vertébrale est ici plus souvent qu'ailleurs de nature tuberculeuse : les tubercules sont enkystés ou infiltrés. Dans le premier cas, ils déterminent une véritable caverne au sein du tissu osseux ; dans le second, ils produisent l'hypertrophie interstitielle, l'éburnation, puis la nécrose de la portion d'os infiltrée.

Les cartilages qui séparent deux vertèbres malades se décollent, et par cela même se trouvent privés de circulation et se mortifient. Après leur destruction, les corps des vertèbres infiltrées de tubercules, creusées de cavernes, ramollies par la carie, se trouvent en contact immédiat, et le frottement produit par les mouvements du corps, le poids des parties supérieures, les efforts musculaires, amènent une destruction, un écrasement plus ou moins considérable du squelette et une déformation caractéristique.

La déformation du mal de Pott est une incurvation du rachis à angle très-saillant en arrière. Cet angle est formé par les apophyses épineuses. Quelquefois l'incurvation du rachis est latérale; c'est lorsque la destruction osseuse porte principalement sur un côté de la vertèbre.

Cette déformation a lieu brusquement à la suite d'un effort; ou au contraire lentement et insensiblement. Dans le premier cas surtout, elle peut produire une compression de la moelle; d'où fourmillement et paralysie plus ou moins complète des membres inférieurs.

L'*abcès par congestion* est un vrai kyste tuberculeux. La matière tuberculeuse ramollie et le pus fourni par la carie vertébrale et la mortification des cartilages s'enkystent; et, comme cette suppuration s'augmente chaque jour, le kyste s'étend pareillement, se glissant dans les gaînes musculaires et s'étendant quelquefois fort loin du point de départ. Ces abcès représentent assez exactement une bouteille dont le goulot serait appliqué sur la perforation osseuse et le fond se prolongerait plus ou moins loin.

La carie vertébrale siége le plus souvent sur les dernières dorsales et les premières lombaires; mais elle peut occuper un point quelconque de la colonne vertébrale.

Le siége de l'abcès par congestion varie avec celui de la

carie. Quand l'affection siége à la région cervicale, l'abcès se localise derrière le pharynx ; et, s'il gagne la région postérieure, il apparaît vers l'angle inférieur de l'omoplate. La carie qui occupe les dernières lombaires donne lieu à un abcès qui file le long de la gaîne du psoas, arrive dans l'aine et jusqu'au petit trochanter. Cet abcès durcit par la station, par la toux, par un effort musculaire; il est en partie réductible. A la région dorsale, l'abcès par congestion apparaît le plus souvent dans les gouttières vertébrales. Je l'ai vu suivre la courbure d'une côte et aller communiquer avec une caverne pulmonaire. Quand l'affection siége au sacrum, l'abcès peut rester dans les gouttières de cet os ; mais le plus souvent il gagne les ouvertures inférieures du bassin et y forme une tumeur fluctuante.

Les *symptômes* du début sont une douleur sourde et continue dans un point fixe de la colonne vertébrale ; puis successivement la déformation du rachis, l'affaiblissement des membres inférieurs, une démarche roide, gênée ; et plus ou moins tardivement l'apparition de l'abcès par congestion.

Tant que l'abcès n'est pas ouvert, la santé générale se soutient. Presque tous ces malades mangent énormément pour suffire aux pertes qu'ils font continuellement.

Quand l'abcès est ouvert, les malades tombent rapidement dans la cachexie scrofuleuse. Malgré la gravité de la lésion, la guérison s'obtient quelquefois, et j'ai trouvé, à différentes reprises, des vertèbres qui présentaient les stigmates indélébiles du mal de Pott. La matière tuberculeuse et les parties nécrosées s'éliminent ; les vertèbres s'affaissent, se rejoignent et se cicatrisent. Alors l'abcès, qui n'a plus de raison d'être, se guérit facilement.

La mort survient par épuisement, comme dans la cachexie scrofuleuse ; par une *complication* de méningite

rachidienne; ou quelquefois par l'inflammation du kyste à la suite de son ouverture.

Traitement. — C'est celui de la scrofule. *Asa fœtida, argentum,* mais surtout *silicea, calcarea, sulfur* et *hepar sulfuris,* trouvent ici leur indication.

On doit s'efforcer, par l'application d'un appareil orthopédique, de diminuer le poids des parties supérieures, afin d'éviter, autant que possible, la déformation du rachis. Des auteurs recommandent de ne pas laisser marcher les malades pendant toute cette période; ils les laissent couchés, étendus sur le dos, et ne leur permettent qu'un exercice passif. Là est l'inconvénient de cette méthode, qui ne peut être appliquée que pendant quelques mois.

Il ne faut ouvrir les abcès par congestion que lorsque l'on craint de les voir s'ouvrir spontanément. La méthode à suivre ici est celle qui convient à tous les grands abcès froids : une ponction sous-cutanée et des injections iodées. L'appareil de J. Guérin est fort commode pour cette opération.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DE LA PEAU

Les affections de la peau sont toutes symptomatiques; le plus grand nombre se rattachent à la *dartre,* à la *scrofule* et à la *syphilis;* les autres sont symptomatiques de la *goutte* et des *hémorrhoïdes.* Dans les *maladies fébriles,* on observe encore un certain nombre d'affections cutanées; enfin, Bazin a séparé avec juste raison, sous le nom de *maladies parasitaires,* un groupe bien naturel parmi les affections de la peau.

Nous décrirons dans ce chapitre les affections de la peau considérées dans leurs symptômes locaux, puisque leur histoire générale se retrouve aux chapitres de la dartre, de la scrofule, de la syphilis et des maladies parasitaires. Nous nous efforcerons, à propos de chacune de ces affections, de donner les caractères qui les rattachent aux maladies dont elles sont un symptôme. Nous décrirons successivement : l'*érythème,* l'*urticaire,* l'*herpès,* le *zona,* l'*eczéma,* le *pemphygus,* l'*impétigo,* l'*ecthyma,* le *rupia,* l'*acné,* le *lichen,* le *prurigo,* le *pityriasis,* le *psoriasis,* le *lupus* et la *sclérose.*

Certaines de ces affections, le zona, l'urticaire, le psoriasis, sont bien distinctes; d'autres, comme l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le prurigo, le pityriasis, ne constituent le plus souvent que des périodes diverses d'une même affection; aussi les organiciens ont ils été obligés de créer les expressions d'*eczéma impetigineux, eczéma*

lichénoïde, etc., etc. Nous nous sommes néanmoins décidé à conserver ces désignations classiques pour deux raisons. Premièrement, nous ne pouvons pas dans un livre élémentaire entreprendre la réforme complète de la pathologie cutanée ; secondement, au point de vue du traitement, nous avons trouvé un grand avantage à employer le cadre nosologique consacré par l'usage et accepté par la généralité des médecins.

ÉRYTHÈME.

C'est une inflammation du corps papillaire avec infiltration séreuse du tissu réticulé qui se trouve au-dessus. L'érythème se montre sous forme de taches irrégulières ; ne se terminant pas brusquement comme l'érysipèle et pâlissant sous la pression du doigt. Il s'accompagne d'un sentiment de chaleur et de cuisson, et a une durée indéterminée.

L'érythème peut présenter de petites élévations grosses comme des grains de chènevis, c'est l'érythème *papuleux ;* si ces élévations sont plus volumineuses c'est l'*érythème noueux*. Nous avons déjà décrit ce dernier qui s'accompagne souvent de fièvre et constitue une petite maladie.

L'érythème ordinaire survient habituellement après l'application d'une cause d'irritation de la peau : l'insolation, les brûlures, les frottements répétés, le décubitus prolongé ; l'application de certains corps irritants, les sinapismes, par exemple; le contact d'une sécrétion avec la peau, du pus, des urines même, sont des causes d'érythème. Chez les enfants cette affection prend le nom d'*intertrigo* quand elle se développe dans les régions où la peau est en contact avec elle-même.

Traitement. — *Mercurius, copahuvæ.* Les applications de poudre de lycopode et de poudre de riz, les lotions avec de l'eau additionnée d'arnica, les cataplasmes de fécule, sont d'un grand secours quand l'inflammation est très-grande.

Dans les maladies longues, le médecin prendra toutes les précautions nécessaires pour empêcher les suites du décubitus prolongé dont l'érythème est le premier effet et la gangrène le dernier : coussins à air, matelas en caoutchouc rempli d'eau ; lit de balle d'avoine chez les pauvres ; lotions fréquentes, poudre de riz, etc., etc.

URTICAIRE.

L'urticaire est constitué par des infiltrations séreuses du corps papillaire. Ces infiltrations constituent des plaques larges, circonscrites, dures, habituellement rosées, mais présentant fréquemment des places plus blanches que la peau voisine. Cette affection, qui s'accompagne d'un prurit brûlant tout particulier, a son type dans la piqûre de l'*urtica urens*.

Les plaques de l'urticaire sont extrêmement mobiles, elles se montrent et disparaissent avec la plus grande rapidité et peuvent occuper tous les points du corps. Nous avons déjà décrit cette maladie à propos de la *fièvre ortiée*.

HERPÈS.

L'herpès est constitué par des vésicules qui sont toujours groupées d'une certaine manière. Ces vésicules naissent, se développent et sèchent successivement. Elles reposent sur un fond rouge et un peu gonflé ; elles

se terminent par l'ouverture des vésicules et la formation de croûtes plus ou moins épaisses.

L'herpès survient presque toujours comme un phénomène critique dans les fièvres et les phlegmasies bénignes, il occupe habituellement les lèvres ou la face.

L'*herpes preputialis* survient spontanément chez certains hommes et est pris quelquefois pour une maladie syphilitique. La multiplicité des vésicules et leur groupement est un bon signe diagnostique.

Traitement. — *Rhus toxicodendron*, *croton tiglium*, *causticum* sont les meilleurs médicaments; *arsenicum* est nécessaire pour empêcher les récidives chez les hommes sujets à l'*herpès preputialis*.

ZONA.

C'est une affection caractérisée par l'éruption de groupes de vésicules d'herpès, siégeant exactement sur le trajet d'un nerf. Le plus souvent le zona siége sur le thorax et dessine une demi-ceinture qui suit le trajet d'un nerf intercostal. Au cou il se prolonge sur le bras, et au rein sur la cuisse en suivant les nerfs de ces régions. Presque toujours, le zona est précédé, accompagné ou suivi d'une véritable névralgie. La névralgie peut précéder de beaucoup l'éruption et tenir le médecin en suspens touchant le diagnostic. Mais le plus souvent, la névralgie suit l'éruption et persiste avec une opiniâtreté désolante.

Les vésicules d'herpès existent par groupes plus ou moins confluents, plus ou moins séparés; elles suivent la marche ordinaire de l'herpès.

Traitement. — Application de fécule de pomme de terre, ou de poudre de riz.

Causticum, graphites et *arsenicum,* sont les principaux médicaments.

ECZÉMA.

C'est la plus fréquente des affections de la peau; elle correspond à la *dartre humide* des anciens. L'eczéma est constitué anatomiquement par une inflammation de la peau et la formation de *vésicules*. On sait que les vésicules sont de petites saillies acuminées de l'épiderme, soulevé par un liquide séro-plastique. Mais si l'inflammation de la peau atteint un degré supérieur, le liquide séreux se transforme en un liquide purulent; les vésicules se transforment en *pustules* et l'eczéma en *impétigo*. On voit donc par là que la classification anatomique des affections de la peau est purement artificielle, puisque les prétendues espèces qu'elle admet n'ont rien de fixe et se transforment les unes dans les autres.

L'eczéma présente un grand nombre de variétés. Dans la *forme commune,* il débute par un sentiment de chaleur et de prurit et la formation d'une surface rouge sur laquelle se développent les vésicules. Les jours suivants, la démangeaison est remplacée par un sentiment de brûlure excessivement douloureux, des pustules en nombre variable se mêlent aux vésicules; le liquide séro-purulent forme des croûtes épaisses, jaunâtres, ayant l'apparence du miel. Ces croûtes tombent, laissant sur la peau des exulcérations irrégulières, petites et multiples. De nouvelles croûtes se forment, remplacées par d'autres moins épaisses; puis, après un temps plus ou moins long, à ces croûtes succèdent des écailles et des furfures

épidermiques : la maladie ressemble alors au *pityriasis*. Cette production se tarit à son tour, et l'affection est guérie, laissant pour longtemps la peau comme vernissée.

Dans l'*eczema simplex*, que nous appellerions *forme bénigne*, les vésicules se rompent de bonne heure; il se forme des croûtes fort minces qui persistent peu de jours, et la maladie parcourt toutes ses périodes en un septénaire. Cette forme d'eczéma peut s'accompagner de fièvre au début.

L'*eczema rubrum* est beaucoup plus intense. L'inflammation de la peau simule l'érysipèle; et les vésicules, par leur confluence, forment de véritables bulles. Le tissu cellulaire est œdématié et les symptômes généraux sont quelquefois si violents que Hardy a observé un cas qui s'est terminé par la mort. Aux vésicules succèdent des croûtes plus ou moins épaisses, remplacées elles-mêmes par une desquamation furfuracée, par un véritable *pityriasis*. Dans certains cas, les croûtes laissent en tombant la surface du derme exulcérée; il se forme de nouvelles croûtes, et l'eczéma suit la marche et acquiert la durée des maladies chroniques.

Eczéma fendillé. Il débute tantôt comme l'eczéma de forme commune; d'autres fois, il est impossible de constater l'existence de vésicules. La lésion est constituée par de petites ulcérations linéaires, par des fissures épidermiques, d'où suinte le liquide séro-plastique propre à l'eczéma. Ce liquide se concrète en forme de croûtes qui se renouvellent sans cesse et prolongent l'affection pendant très-longtemps.

Eczéma impétigineux. Les vésicules sont entremêlées de pustules dès le début, et bientôt il n'y a plus que des pustules; la transformation de l'eczéma en impétigo est complète. Nous décrirons cette forme dans un chapitre à part.

L'eczéma présente encore de nombreuses variétés d'aspect et de siége, nous ne signalerons que les plus importantes.

L'*eczéma capitis*. Cette variété emprunte à la présence des cheveux une opiniâtreté extrême; elle se termine par un véritable *pityriasis*. Elle ne détermine pas la chute des cheveux.

L'*eczéma des oreilles* peut amener la surdité par l'accumulation dans le conduit auditif de débris de croûtes et de lamelles d'épithélium. Cette variété se complique souvent d'érysipèle fort bénin.

L'*eczéma des mains*, dans sa forme aiguë, doit être distingué avec soin de la gale ; des vésicules très-acuminées et l'abscence du sillon caractérisant l'eczéma. Dans sa forme chronique, l'eczéma des mains se complique de papulles de *lichen* et revêt l'aspect fendillé. Cette variété a reçu le nom vulgaire de *gale des épiciers*, parce qu'elle se développe principalement chez les personnes qui manient du sucre et des substances pulvérulentes; il est encore fréquent chez les cuisinières.

Traitement. — *Belladona, rhus toxicodendron, mercurius*, *cantharis, arsenicum*, *sulfur*, *graphites, petroleum*, sont les principaux médicaments de l'eczéma.

Belladona, et *rhus toxicodendron* conviennent dans l'*eczema rubrum*, à sa période aiguë, alors que cette affection simule l'érysipèle.

Mercurius est indiqué pour l'eczéma avec forte rougeur de la peau et vésicules fort nombreuses.

Cantharis est le médicament de l'eczéma de forme commune à toutes ses périodes. J'emploie habituellement la 3e dilution, et quand elle ne suffit pas, je descends jusqu'à la teinture mère. Je dois de beaux succès à ce médicament.

Arsenicum doit être prescrit après *cantharis*. Quand ce dernier n'a pas réussi, il faut varier les doses et quelquefois on trouve que la 12e et la 30e réussissent mieux que la trituration.

Graphites et *petroleum* conviennent dans l'eczéma des oreilles.

Sulfur pour l'eczéma chronique et alors qu'il n'y a plus d'inflammation.

Souvent on sera obligé de prescrire à l'extérieur, sous forme de glycérolé, d'alcoolé et de pommade, le même médicament qu'on a donné à l'intérieur. Mais j'engage beaucoup à n'avoir recours à ce moyen que lorsque la maladie restera rebelle aux médicaments internes, parce que les guérisons obtenues par les applications externes sont rarement durables. Le médicament que j'emploie le plus souvent à l'extérieur est *mercurius corrosivus* 1 gramme de la 1re dilution dans 100 grammes d'eau alcoolisée ou de glycérine.

IMPÉTIGO.

Cette affection est constituée par l'inflammation de la peau et par la production de pustules petites, nombreuses, et fort rapprochées. Les recherches modernes ont établi que l'impétigo n'était qu'un degré de l'eczéma. Les croûtes de l'impétigo sont jaunâtres, quelquefois brunâtres, quand l'exsudat contient un peu de sang; elles laissent à découvert des surfaces excoriées et suintantes. Nous ne décrirons que deux variétés : *l'impetigo larvalis*, ou croûte de lait, et l'*impetigo capitis* ou *fausse teigne*.

L'*impetigo larvalis*, connu aussi sous le nom de *porrigo*, a été appelé croûte de lait parce qu'il se déve-

loppe principalement dans la première enfance; il débute manifestement par une rupture de vésicule; il cause un prurit insupportable, et on est obligé d'attacher les mains des petits malades qui sans cela se mettent la figure en sang. Il guérit sans laisser de cicatrice. Presque constamment le *porrigo* est une affection scrofuleuse qui s'accompagne du gonflement des ganglions sous-maxillaires; tuméfaction qui persiste quelquefois après la guérison de l'affection cutanée.

Traitement. — *Viola tricolor, salsaparilla, mercurius* et *arsenicum* sont les meilleurs médicaments : nous employons ces médicaments à la 3e dilution. *Viola tricolor* est le médicament qui m'a le plus souvent réussi; les cataplasmes de fécule font tomber les croûtes et calment la démangeaison.

Impetigo capitis. Les croûtes forment bientôt de petites boules nombreuses d'où le nom de *tinea granulata*; tantôt elles agglutinent les cheveux par longues mèches, et les recouvrent d'écailles brillantes: *tinea amiantacea.* Cette affection est de nature scrofuleuse, elle s'accompagne du développement des ganglions du cou; elle ne provoque pas la chute des cheveux.

Traitement. — *Dulcamara* est le médicament principal, surtout quand il y a gonflement des ganglions cervicaux. *Rhus toxicodendron* a principalement réussi dans la teigne granuleuse. Viennent ensuite *oleander, staphysagria, arsenicum* et *sulfur.*

PEMPHYGUS.

C'est une affection caractérisée par la formation de bulles isolées sur la peau enflammée. La bulle est un

soulèvement de l'épiderme de la grosseur d'une petite cerise à un œuf, contenant un liquide séreux; ce liquide se transforme et devient purulent par les progrès de l'affection. Le pemphygus présente deux formes : une *forme bénigne* et une *forme grave*.

Forme bénigne. — Elle débute quelquefois par un petit mouvement fébrile et des taches érythémateuses situées sur le dos, la poitrine ou les extrémités; sur ces taches apparaît une vésicule qui s'agrandit rapidement et recouvre toute la tache rouge; la bulle se crève, laisse une surface excoriée qui finit par se recouvrir d'une croûte mince sous laquelle l'épiderme se reforme.

La durée totale de la maladie est de un à trois septénaires.

Forme grave. — Sa marche est chronique et présente deux variétés : tantôt elle procède par fièvre intermittente; tantôt il y a une seule bulle qui s'étend toujours et finit par gagner tout le corps (*pemphigus foliacé*). Cette forme, qui se développe chez les femmes faibles, âgées et mal nourries, mal logées, se termine après plusieurs mois par un état cachectique, avec formation de bulles sur les muqueuses et jusque dans l'intestin. Les hémorrhagies multiples, l'œdème, mais surtout la diarrhée finissent par amener la mort des malades.

Traitement. — *Rhus toxicodendron* est le médicament principal de la forme bénigne et du début de la forme grave; *arsenicum* devra être employé ensuite avec persévérance et en variant les doses. En dehors de ces deux médicaments on pourra essayer *cantharis* et *mercurius*.

ECTHYMA ET RUPIA.

L'ecthyma est une affection constituée par la production de grosses pustules isolées et en petit nombre. Ces pustules reposent sur un fond enflammé et sont entourées d'un cercle rouge; elles se recouvrent d'une croûte noirâtre, qui est d'autant plus épaisse qu'elle dure plus longtemps. Cette croûte repose sur une ulcération, quelquefois profonde, et qui laisse une cicatrice.

L'*ecthyma* se développe dans le cours des fièvres et des cachexies : c'est souvent un symptôme de la syphilis.

Le *rupia* est une affection pustuleuse; elle diffère de l'ecthyma par la grandeur des pustules, qui méritent le nom de bulles; par la forme de la croûte qui ressemble à une coquille d'huître; par la profondeur de l'ulcération et par la grandeur de la cicatrice. Le rupia est très-souvent syphilitique.

Traitement. — Quand ces affections sont syphilitiques, il faut leur appliquer le traitement de la maladie principale. Dans les autres cas, *arsenicum* est le médicament principal. Il est utile de faire tomber les croûtes avec un cataplasme, et de soigner l'ulcération avec de la teinture d'iode ou un mélange au 1000e d'arsenic et de poudre d'amidon.

ACNÉ.

C'est une affection localisée habituellement à la face et au dos; elle est caractérisée anatomiquement par l'inflammation et l'ulcération des follicules sébacés.

L'acné débute par de petites papules acuminées, au

centre desquelles apparaît un point noir. Quelques-unes de ces papules arrivent jusqu'à la suppuration et forment de petits points blancs, reposant sur une base rouge. La face est violacée, et il reste une base rouge fort lente à se résoudre et qui laisse des macules violacées très-persistantes. Quelquefois le follicule est entièrement éliminé, et, dans ce cas, il reste une petite cicatrice.

L'acné est la maladie de la puberté et des personnes trop fortement nourries. Elle se manifeste de préférence chez les scrofuleux et les goutteux. Il y a une acné syphilitique, caractérisée par des pustules très-petites et très-multipliées, et siégeant principalement sur les membres.

Traitement. — *Kali hydriodicum, tartarus emeticus, sepia, nitri acidum* et *sulfur;* ce sont les deux premiers que j'emploie de préférence. Les applications externes sont souvent nécessaires. Le *bismuth* et le *calomel,* mélangés au 100e avec la poudre d'amidon, nous ont donné de bons résultats.

Le *lait de soufre* ainsi composé : fleurs de soufre, 8 grammes ; camphre, 50 centigrammes ; gomme arabique, 1 gramme ; eau de chaux et eau de rose, de chaque 60 grammes, est fort employé en Allemagne. Une lotion chaque soir. Les cautérisations avec l'acide phénique m'ont réussi.

LICHEN.

Cette affection débute par des plaques rouges qui se recouvrent d'un nombre considérable de *petites papules* acuminées. Ces papules sont mélangées à un certain nombre de vésicules et de pustules ; la surface est suintante et croûteuse, en sorte qu'un certain nombre de médecins rattachent le lichen à la dartre humide, à

l'eczéma; la variété appelée *lichen agrius* présente surtout cet aspect. A sa période d'état le lichen est constitué par trois caractères : la rudesse de la peau, l'augmentation de son épaisseur et l'exagération de ses rides.

Cette peau épaisse présente quelquefois de gros tubercules, des espèces de végétations qui constituent la variété appelée *lichen hypertrophique*.

Le lichen a quelquefois une marche rapide, mais le plus souvent il est chronique et même *invétéré*.

Traitement. — *Conium, carbo vegetabilis, stramonium, phosphori acidum,* ont été indiqués; mais le médicament principal est *arsenicum*.

PRURIGO.

Cette affection est caractérisée par la formation de papules plates, ayant la couleur de la peau environnante, plutôt perceptibles au toucher qu'à la vue, et déterminant un prurit insupportable. Ces papules siégent principalement aux membres, sur la face qui correspond aux extenseurs. Le prurit détermine un grattage excessif qui a pour résultat d'écorcher les petites papules, en sorte que la surface malade est toute semée de petits points noirs formés par des gouttelettes de sang desséché. Si on presse une petite papule du prurigo, on en fait sortir un liquide séreux, sans cependant qu'il se forme jamais ni vésicule, ni croûte.

Traitement. — *Arsenicum* est le médicament principal. Mais, pour combattre les démangeaisons, *sulfur* est préférable; seulement il faut être prévenu que ce médicament augmente d'abord ce symptôme. A l'extérieur, des

frictions énergiques, continuées pendant une heure, avec la préparation de soufre et de lait de chaux que nous avons indiquée ; les bains additionnés de sel de cuisine ou d'acide sulfurique, soulagent beaucoup les malades.

PITYRIASIS.

Nous avons vu que l'eczéma se terminait par une desquamation furfuracée qui constituait le plus grand nombre des cas de pityriasis. En décrivant les affections parasitaires, nous avons encore trouvé un *pityriasis versicolor*. En dehors de ces deux affections, nous trouvons une maladie localisée sur la peau, caractérisée par la formation de furfurs, de squames fines, quelquefois lamelleuses, très-adhérentes aux surfaces malades et formant des plaques bien circonscrites sans aucune saillie. C'est là le véritable pityriasis et la seule affection qui doive en porter le nom ; elle constitue l'une des *dartres sèches*, et à aucune époque de sa durée elle ne présente ni suintement ni croûtes.

Le *pityriasis rubra* est celui qui se développe sur des plaques rouges et enflammées, il existe à peine un léger prurit ; il se montre surtout à la face et au cou. Quand les furfurs sont disposés en cercle, l'affection prend le nom de *pityriasis circiné*, qu'il ne faut pas confondre avec les affections parasitaires. Le *pityriasis pilaris* est caractérisé par le gonflement des follicules pileux qui sont comme coiffés par une squame blanche.

Cette varieté est presque toujours incurable.

Traitement. — *Arsenicum* est encore le médicament principal ; *sulfur* ne sera employé que d'une manière intercurrente. La lotion sulfureuse, l'application de gly-

cérolé contenant le *corrosivus* au millième sont de bons adjuvants.

PSORIASIS.

C'est le type de la dartre sèche. Cette affection est caractérisée par la formation de squames blanches et imbriquées, si fortement adhérentes à la peau malade, qu'il est impossible de les détacher entièrement. La couleur des squames est caractéristique; Hardy la compare à une gouttelette de cire, ou à une plaque de plâtre. Ces squames reposent sur un fond rouge-cuivré, et ne se recouvrent pas entièrement; la peau est en même temps notablement épaissie. Cet épaississement de la peau exagère la saillie des taches et gêne quelquefois considérablement le mouvement des jointures. Cette modification de la structure de la peau est la cause des *gerçures* et *rhagades* qui compliquent certaines variétés. Le psoriasis s'accompagne de très-peu de démangeaisons; il a une marche essentiellement chronique. Les diverses configurations qu'il affecte lui ont mérité les noms de *punctata, guttata, nummularia, diffusa, gyrata,* dénominations sans aucune importance.

Le psoriasis siége habituellement à la partie externe des genoux et des coudes; il peut occuper la face, le prépuce où il se complique de gerçures profondes suintantes, sans cesse ravivées par les érections; la face palmaire des mains et des pieds; dans ce dernier siége, il s'accompagne de fissures et de fentes profondes. Suivant certains médecins il atteindrait quelquefois les ongles et déterminerait leur chute.

Traitement. — On a préconisée *arsenicum, clematis erecta, cicuta, calcarea* et *sulfur*. Mais nous avons presque

toujours réussi avec *manganium* qui nous a été indiqué par le Dr Cramoisy. Nous prescrivons la 3e et la 2e trituration. Si le psoriasis se complique de rhagades et de fissures et que *manganum* ne suffise pas, nous prescrivons *alumina, calcarea, mercurius* et *silicea*.

LUPUS VORAX.

C'est la dartre rongeante des anciens; elle est caractérisée par la formation d'ulcérations phagédéniques, c'est-à-dire d'ulcérations qui ont de la tendance à s'étendre d'un côté, tandis qu'elles guérissent de l'autre. Cette affection siége habituellement à la face et surtout au nez, et présente de nombreuses variétés. Les principales sont : le lupus à *ulcération superficielle,* le lupus à *ulcération profonde,* le lupus *hypertrophique,* dans lequel la peau subit une altération analogue à celle que nous avons décrite à propos de la lèpre; enfin, quelquefois les tubercules du lupus subissent la transformation graisseuse et sont résorbés, sans s'être ulcérés, en sorte que la peau s'exfolie peu à peu, adhérant aux parties transparentes et présentant tous les caractères des cicatrices du lupus sans avoir offert ni suppuration, ni ulcération : c'est le *lupus non excedens.*

Le lupus est toujours une affection scrofuleuse ; il présente une *forme commune* et une *forme maligne.* Les variétés que nous avons indiquées ci-dessus peuvent coexister ou se succéder chez le même individu et ne constituent pas des formes.

Forme commune. — Le lupus début habituellement par des tubercules, d'un rouge violacé et fort rare, d'autres fois par de simples taches érythémateuses. L'ulcération

apparaît sur ces points ; elle est superficielle, mais a de la tendance à s'étendre ; elle se recouvre d'une croûte brunâtre extrêmement adhérente. Pendant que l'ulcération s'étend d'un côté, elle se guérit de l'autre et présente des cicatrices comparables à celles des brûlures profondes; c'est un mélange de brides blanchâtres, de cicatrices minces et rosées, de nodus, qui donne à cette lésion un caractère tout spécial ; bien des fois les cicatrices sont envahies de nouveau par l'ulcération, et la maladie est interminable.

Dans certains cas les tubercules sont très-nombreux, se touchent par la base et constituent la variété hypertrophique ; dans d'autres points le lupus *non excedens* détruit les parties sans ulcérations apparentes.

Le nez est détruit en tout ou en partie ; quelquefois il est seulement diminué de grosseur sans perte de substance notable. La paupière inférieure peut être détruite, d'où épiphora, inflammation et destruction de l'œil.

La santé générale est bonne, et il est rare que les malades succombent, même dans les cas les plus rebelles. Après la guérison il reste des cicatrices indélébiles et souvent de véritables mutilations.

Forme maligne. — L'ulcération s'étend souvent en profondeur, s'accompagne de douleurs excessives et marche avec une grande rapidité : trois semaines, un mois suffisent pour la destruction du nez, d'une partie des lèvres, de la paupière inférieure.

Etiologie. — C'est surtout de 10 à 20 ans que sévit le lupus. Rarement il apparaît avant la dixième année, plus rarement encore après 40 ans. Les femmes y sont plus souvent exposées que les hommes et les pauvres plus que les riches.

Traitement. — *Arsenicum* à l'intérieur et à l'extérieur

constitue pour nous le traitement du lupus. A l'extérieur nous appliquons un mélange d'amidon et d'arsenic au 1000e; et dans la forme maligne nous croyons qu'il ne faut pas hésiter à attaquer l'ulcération avec la *poudre arsenicale* dont nous avons donné la formule à propos du traitement du *cancer épithélial*.

Staphysagria, aurum, silicea, ammonium, ont été indiqués dans le traitement de la dartre rongeante. *Kali bichromicum* qui produit des ulcérations et des destructions analogues à celles du lupus devrait être essayé dans cette affection. *Aurum* nous a donné quelques succès.

Il ne faut pas confondre les ulcérations serpigineuses de nature *syphilitique* avec le lupus, car le traitement est tout différent. Les ulcérations syphilitiques guérissent bien plus facilement et cèdent à *mercurius, iodum, nitri acidum* et *aurum*.

ICHTHYOSE.

C'est une affection congénitale et incurable, caractérisée par le développement de squames plus ou moins larges, dures, sèches, d'un blanc grisâtre, comme imbriquées, formées par l'épiderme épaissi; cette lésion ne s'accompagne ni d'inflammation à la peau, ni de prurit, ni de douleur. La santé générale peut être bonne, l'affection est partielle d'ordinaire.

Nous ne connaissons pas le traitement de cette maladie.

SCLÉRÈME.

C'est une affection caractérisée par l'induration de la peau et des tissus sous-jacents ; elle apparaît comme phénomène ultime dans le cours de plusieurs maladies des *nouveau-nés : pneumonie, diarrhée* et principalement

œdème des nouveau-nés. Ces deux affections ont été confondues par les auteurs du commencement de ce siècle. Dans ce cas le sclérème est souvent un symptôme de l'agonie; mais cette affection survient aussi chez l'adulte et sans liaison bien évidente avec aucune autre maladie, en sorte qu'on peut la décrire comme une maladie essentielle.

Le sclérème de l'adulte se manifeste depuis la puberté jusqu'à l'âge de 50 ans; il paraît presque exclusivement chez les femmes, et semble se rattacher à des troubles non encore déterminés de la menstruation.

La maladie débute par la peau de la région antérieure du cou; de là elle s'étend à la face, aux membres supérieurs qu'elle envahit inégalement, au thorax, et enfin aux membres inférieurs; mais toujours il y a un espace plus ou moins considérable de peau restée saine entre la lésion de la région supérieure et celle de la région inférieure du corps.

Les parties envahies présentent une dureté comparable à celle des cadavres gelés; les plis de la peau sont complétement effacés; il est impossible de faire plisser la peau sur les parties sous-jacentes; les mouvements sont bridés, et la face acquiert une immobilité effrayante; les seins durs, immobiles, luisants, et d'une blancheur mate, ressemblent à deux sphères d'ivoire.

L'induration cesse quelquefois tout à coup, d'autres fois elle se continue par des transitions insensibles avec la peau restée saine.

La couleur est *blanc mat* au début de la maladie, puis ensuite elle brunit sensiblement, en sorte que la face finit par ressembler à celle d'une momie.

Cette maladie marche assez rapidement au début, puis, arrivée à un certain degré, elle reste indéfiniment stationnaire, sans aucune tendance à la guérison. Toutes les

fonctions continuent à se faire assez bien, même celles de la peau malade, et il n'y a point d'exemple authentique de sclérème des adultes terminés par la mort. Chez les femmes, il y a le plus souvent un certain degré d'aménorrhée.

Traitement. — Le mercure administré à haute dose a procuré quelques guérisons ; d'autres fois, son administration a été suivie d'une aggravation manifeste dans les symptômes de la maladie. Nous croyons donc qu'on devra essayer ce médicament à dose homœopathique. S'il échouait, on aurait recours à *pulsatilla, causticum, sulfur,* et aux autres médicaments de l'aménorrhée.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DES OREILLES

Nous ne décrirons point les maladies et les affections des oreilles et des yeux. Cette partie de la nosographie est habituellement réservée à deux spécialités que j'appelle légitimes, parce qu'elles nécessitent la connaissance et la pratique de méthodes spéciales d'investigation et l'habitude d'opérations fort délicates. Cependant les médecins homœopathes sont appelés chaque jour à traiter des affections des yeux et des oreilles; la littérature homœopathique est déjà riche en connaissances cliniques sur le traitement de ces affections; et nous avons cru que les médecins seraient contents de trouver ici un résumé de cette partie de notre thérapeutique. Nous nous bornerons donc à donner le traitement de chaque affection, tout en regrettant qu'au moins en France aucun médecin homœopathe ne se soit livré à l'enseignement de la spécialité des affections des yeux et des oreilles.

OTITE EXTERNE.

Les médicaments principaux sont *pulsatilla* et *mercurius*.

Pulsatilla est indiquée par : douleurs violentes avec prurit dans le conduit auditif externe; gonflement et rougeur de ce conduit et même de l'oreille externe. Le conduit auditif est quelquefois complétement fermé par le gonflement inflammatoire.

Mercurius sera préféré à *pulsatilla* quand la douleur de l'otite s'accompagnera d'un froid glacial dans la partie malade, et que les douleurs augmenteront par la chaleur du lit.

J'emploie ces deux médicaments à la 3e dilution. Les instillations de lait et d'huile chaude calment quelquefois la douleur. Lorsqu'un abcès s'est développé dans l'épaisseur des parois du conduit auditif, le traitement est le même et la maladie se termine par l'évacuation du pus. A ce moment, quelques injections pratiquées avec précaution sont utiles pour nettoyer l'oreille. On fait ces injections avec de l'eau d'orge.

OTITE DE L'OREILLE MOYENNE.

Pulsatilla est encore ici le médicament principal ; il est indiqué par les symptômes de douleurs déjà énumérées; il convient encore quand l'apophyse mastoïde devient douloureuse et que la peau qui la recouvre commence à rougir. Ces derniers symptômes sont un signe certain de la suppuration de l'oreille moyenne.

Belladona est indiquée quand l'inflammation se propage à l'oreille interne et au cerveau.

Il y a des cas où il est nécessaire d'inciser la membrane du tympan ou de perforer les cellules mastoïdiennes pour donner issue au pus et empêcher la propagation de l'inflammation à l'oreille interne.

OTALGIE.

Les deux médicaments principaux sont *belladona* et *chamomilla :* tous les deux correspondent à des douleurs violen-

tes dans l'oreille, douleurs qui s'aggravent par le moindre bruit. Les douleurs de *belladona* s'étendent souvent jusque dans la gorge; et celles de *chamomilla*, jusqu'au lobule de l'oreille. J'alterne *chamomilla* et *belladona* à la 3e dilution. *Mercurius* serait indiqué par des douleurs qui s'aggravent la nuit; et *nux vomica* par une otalgie plus forte le matin. Dans les cas où il existe une intermittence franche, on doit prescrire le sulfate de quinine à hautes doses.

Les instillations de lait et d'huile chaude soulagent quelquefois les malades. Dans les cas très douloureux on peut ajouter quelques gouttes de teinture de belladone à l'huile injectée dans l'oreille.

SCROFULE DE L'OREILLE.

Otorrhée sans carie. Les deux médicaments sont *pulsatilla* et *sulfur*. J'administre habituellement ces deux médicaments successivement, *pulsatilla* d'abord, à la 3e dilution, deux doses par jour pendant six jours; repos quatre jours et *sulfur* 30e, deux doses par jour pendant six jours. Repos huit jours et recommencer la série. Quand ces deux médicaments ne suffisent pas, j'administre *silicea* de la 6e à la 200e.

Otorrhée avec carie. Le médicament principale est *silicea* qu'on donnera longtemps en variant les dilutions. Il faut se rappeler que cette affection est extrêmement rebelle et souvent incurable; il ne faut donc pas changer les médicaments tous les huit jours. Après *silicea*, nous indiquerons *iodium*, *aurum*, *hepar sulfuris*, *calcarea*, *sulfur* et *argentum*. Des *injections iodées* au 10e, au quart, puis au tiers; des injections avec de l'*eau phénique* au 1000e, rendent de grands services dans le traitement de cette

affection. L'*eau phénique* fait disparaître l'odeur repoussante qu'exhale souvent l'écoulement fourni par une carie du rocher.

S'il survenait des symptômes d'otite interne, il faudrait se hâter de prescrire *belladona*.

Iodium (t. m.) une goutte, dans une potion de 200 grammes, m'a rendu service dans un cas semblable.

SURDITÉ.

Surdité dépendant de l'accumulation du cerumen. L'accumulation du cerumen mélangé à des débris d'épithélium très-nombreux, a été attribuée à une inflammation chronique de la membrane muqueuse du canal auditif externe.

Le seul *traitement* consiste dans l'extraction du cérumen : on introduit pendant quelques jours de la glycérine dans l'oreille, et ensuite, avec quelque injection d'eau tiède, on fait disparaître une surdité que, sans un examen attentif, on eût pu traiter inutilement pendant des années.

Surdité liée à *une oblitération de la trompe d'Eustache.* Cette surdité dépend habituellement d'une inflammation chronique de l'arrière-gorge et de la trompe d'Eustache. *Sepia* est le meilleur médicament à employer dans ce cas, et plusieurs fois il a suffi à amener la guérison. On le prescrit de la 3e à la 30e. Après *sepia,* viennent *iodium* et *hepar sulfuris,* qui répondent à l'inflammation chronique du pharynx ; mais *mercurius* convient mieux que ces deux médicaments parce qu'il correspond à l'inflammation de la trompe d'Eustache. *Aurum, staphyagria* et *nitri acidum,* sont indiqués quand la surdité dépend de l'hypertrophie des amygdales.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache, suivi de l'insufflation d'air dans la caisse est quelquefois nécessaire. Si les amygdales sont hypertophiées, on fera bien de les enlever.

Surdité due à la carie du rocher. Elle est incurable et ne demande pas d'autre traitement que celui de la carie.

Surdité nerveuse. Lachesis est le médicament principal; il correspond à l'absence de cerumen, aux bourdonnements et sifflements dans les oreilles; à la sensibilité douloureuse de l'ouïe aux sons aigus; *graphites* convient à un état plus avancé, absence de cerumen, diminution de la surdité par le bruit et l'ébranlement de la voiture, sifflement dans les oreilles. *Ledum palustre* et *muriatis acidum* correspondent à l'insensibilité du conduit auditif et de l'oreille externe, symptôme fréquent de la surdité nerveuse. *Chininum sulfuricum* produit une surdité passagère et quelquefois définitive; ce médicament sera donc indiqué dans le traitement de la surdité nerveuse. *Silicea* correspond à des alternances de surdité et de sensibilité excessive de l'ouïe. On a encore indiqué *phosphorus causticum, nitri acidum* et *petroleum*. Dans ces dernières années j'ai remplacé avec avantage *lachesis* par *claps corallium*.

MALADIES

ET

AFFECTIONS DES YEUX

L'organicisme a fait régner dans cette partie de la nosographie les mêmes erreurs et les mêmes confusions que dans la description des affections de la peau ; seulement, la réaction qui triomphe aujourd'hui pour la pathologie cutanée n'est pas encore commencée pour l'ophthalmologie. Aussi trouvons-nous un nombre infini de lésions décrites comme des *maladies* de l'œil. Quoique nous ne donnions ici, comme pour l'oreille, que le traitement des affections de l'œil, nous sommes obligé de prévenir le lecteur des erreurs de l'organicisme, afin qu'il ne s'attende pas à trouver ici le traitement de l'*aquo-capsulite*, de la *cristallino-capsulite*, des *choroïdo-rétinites*, des *scléro-choroïdites* et d'une foule d'autres *ites* fantastiques qui sont des lésions communes et non des affections ayant une existence isolée et distincte.

OPHTHALMIE CATARRHALE.

Euphrasia est le médicament principal ; il correspond à la rougeur de la conjonctive oculaire et palpébrale ; à la sécrétion abondante de larmes et de mucosités ; à une douleur cuisante avec sensation de sable.

Belladona est plus spécialement indiqué quand l'inflammation est bornée à l'angle interne de l'œil.

Mercurius correspond aussi à la rougeur de la conjonctive et à la sécrétion catarrhale de cette membrane.

OPHTHALMIE PURULENTE.

Le traitement est le même, qu'il s'agisse de l'*ophthalmie égyptienne*, de l'*ophthalmie blennorrhagique* ou de l'*ophthalmie des nouveau-nés*. Le médecin doit se rappeler que dans ces cas à marche rapide et qui peuvent se terminer en quelques heures par la perte de l'œil, les tâtonnements ne sont pas permis ; si d'une autre part nous consultons la pathogénésie et la clinique homœopathiques, nous ne trouvons aucune indication positive pour le traitement de l'ophthalmie purulente. Aussi j'avoue que pendant longtemps j'ai préféré avoir recours aux méthodes anciennes plutôt que de m'exposer à laisser perdre un œil par le fait de l'application d'un médicament mal indiqué et par conséquent inefficace. Hartmann consacre à peine quelques lignes au traitement de cette affection, et encore les renseignements qu'il donne ne m'inspirent aucune confiance. Quand je lis une phrase comme celle-ci : « *Nux, dulcamara* ou *bryonia* sont appelés quand l'enfant est *encore* à la mamelle ; » il ne s'agit donc plus ici de *nouveau-nés* puisque le malade peut avoir cessé d'être à la mamelle.

M'étant trouvé appelé à donner des soins à un enfant de huit jours atteint d'une ophthalmie purulente, infructueusement soignée par un oculiste distingué, je me suis cru autorisé à *essayer* un traitement nouveau ; voici la méthode que j'ai employée et que depuis j'ai appliquée avec succès.

Injection toutes les deux heures de la solution suivante : *corrosivus* 1re dilution, 20 gouttes ; *aqua stillata*, 100 grammes. A l'intérieur, *belladona* et *corrosivus* 3e alternés. On éloigne les injections à mesure que la suppuration diminue.

OPHTHALMIE SCROFULEUSE.

Quand l'affection n'atteint encore que la conjonctive, *belladona, mercurius* et *pulsatilla* peuvent suffire; lorsque la maladie est plus ancienne, qu'il existe une *blépharite* bien marquée, *calcarea carbonica* est le médicament principal.

Lorsqu'il y a kératite avec *ulcère de la cornée* ou infiltration de cet organe, *ipeca, apis* et *aurum muriaticum* suffisent au traitement de la maladie. Cependant, quand l'inflammation est très-aiguë, *belladona* est quelquefois nécessaire. *Ipeca* est le médicament que j'emploie le plus souvent; il est indiqué par : rougeur de l'œil; douleur et photophobie excessives; douleur dans les tempes et le front; ulcération de la cornée. J'emploie ce médication à dose assez forte, 1re trituration au 10e, 25 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux, trois ou quatre heures.

Apis mellifera est indiqué à peu près dans les mêmes conditions. Un certain degré de *chemosis* et surtout de tuméfaction des paupières indiquent ce médicament. J'emploie *apis* à la 3e trituration; je l'alterne quelquefois avec *ipeca*. Dans plusieurs cas *apis* 3e a manifestement augmenté la douleur et la rougeur de l'œil qui n'ont cédé qu'à *apis* 12e.

Aurum muriaticum 3e et 6e, trois fois par jour, est indiqué quand l'inflammation est tombée. Ce médicament qui est excellent pour achever la guérison, m'a été indiqué par le Dr Cartier. *Calcarea, iodium, kali hydriodicum, baryta, hepar sulfuris,* ont encore été indiqués contre l'ophthalmie scrofuleuse chronique.

OPHTHALMIE GOUTTEUSE.

Elle siége habituellement sur l'*iris*, et c'est surtout l'iritis qu'il s'agit de traiter, afin d'empêcher les déformations de la pupille consécutives à cette maladie.

J'emploie trois médicaments dans le traitement de l'*iritis goutteuse : belladona, spigelia* et *arsenicum*. *Belladona* et *spigelia* sont indiqués par les douleurs périorbitaires ; par le changement de forme et de couleur de l'iris ; l'immobilité ou la dilatation de l'iris ; la rougeur de la sclérotique ; le trouble de la vue. Il faut en général essayer ces deux médicaments et insister sur celui qui réussit le mieux.

Arsenicum est surtout indiqué quand les douleurs redoublent la nuit.

On a encore indiqué : *colocyntis, clematis*.

OPHTHALMIE SYPHILITIQUE.

C'est habituellement une *iritis* ; quelquefois cependant l'inflammation atteint la choroïde et la *rétine :* l'amaurose est la suite de ces dernières localisations.

Traitement. — Celui de la syphilis arrivée à la deuxième période, et de plus *apis mellifica* qui m'a rendu de véritables services dans l'iritis syphilitique.

LÉSIONS

QUI SUIVENT LES OPHTHALMIES.

Granulation des paupières. Hepar sulfuris et *thuya* sont indiqués ; mais toute la partie clinique de la *blépharite granuleuse* est encore à faire.

Hypopion ou abcès de la chambre antérieure. J'ai réussi avec *solubilis* (6e) suivi de *silicea* 30e. On a encore indiqué *plumbum*.

Ptérygion ou épaississement et vascularité d'une partie de la conjonctive, de forme triangulaire, dont le sommet empiète plus ou moins dans la cornée. Deux médicaments sont indiqués, *cannabis* et *lachesis*.

Ulcère de la cornée, suite de kératite scrofuleuse, demande le traitement de cette maladie et en plus *plumbum, euphrasia, calcarea, hepar sulfuris, silicea*.

Myopie et *presbytie* demandent seulement l'usage de lunettes. Il faut avoir soin de choisir des lunettes avec lesquelles la vue soit facile et distincte et qui ne laissent pas de fatigue dans les yeux après leur usage ; il faut se garder avec un égal soin de les prendre trop faibles ou trop fortes. Les myopes doivent éviter de lire, d'écrire et de regarder de près avec leurs lunettes. De même les presbytes doivent quitter leurs lunettes pour voir de loin.

L'*asthénopie* ou faiblesse de la vue simule quelquefois la presbytie et est soulagée par des verres convexes. Le traitement consiste principalement dans le repos de l'organe malade ; et dans l'usage de lunettes qui rendent l'application des yeux plus supportable. *Belladona, silicea* et *sepia* sont indiqués dans ce cas.

La *diplopie* est un symptôme qui appartient à des maladies bien diverses. Les principaux médicaments qui correspondent à ce symptôme sont : *belladona, stramonium, veratrum, secale cornutum, agaricus, conium, oleander, iodium, natrum muriaticum, digitalis*.

L'*hémyopie* ou vue de la moitié verticale ou horizontale des objets indique dans le premier cas *lycopodium*, et

muriatis acidum; dans le second, principalement *aurum*. *Natrum muriaticum* correspond aussi à l'hémyopie.

Héméralopie, ou vue seulement pendant la lumière solaire, doit être bien distinguée de l'*amaurose intermittente*. Les médicaments de l'héméralopie sont principalement *belladona* et *veratrum*. Jahr indique encore *mercurius, hyosciamus* et *pulsatilla*.

La *nyctalopie* en dehors de la photophobie n'existe pas.

Amblyopie et amaurose. L'*amaurose hystérique* apparaît subitement et disparaît de même. Les médicaments qui réussissent le plus à abréger la maladie sont *phosphorus, sepia* et *platina*.

L'*amaurose* due à une tumeur cérébrale, celle qui est la suite du décollement de la rétine, d'une inflammation chronique de la partie postérieure du globe oculaire, de l'atrophie du nerf optique ou de la rétine, sont pour la plupart incurables. Les médicaments qui peuvent arrêter la maladie quand elle est encore peu avancée sont *belladona, calcarea, veratrum, stramonium;* ils correspondent à l'amblyopie avec pupilles dilatées, points noirs fixes, étincelles. *Aurum, phosphorus* et *natrum muriaticum* correspondent à l'amblyopie, aux *points noirs immobiles* et à la *photopsie*.

GLAUCOME.

Le traitement du glaucome est confondu à tort avec celui de la cataracte. Pendant la période d'inflammation *belladona, apis mellifera, spigelia* et *phosphorus* sont principalement indiqués. Il faut tenir grand compte de l'intensité et de la nature de la douleur pour le choix du médicament. A la période d'hydropisie et de distension de

l'œil correspond encore *apis mellifera;* puis *mercurius*, *iodium, arsenicum*. L'*iridectomie* est un moyen puissant de soulagement à cette période, et nous ne devons pas en priver les malades.

CATARACTE.

Cannabis indica; secale cornutum, iodium et *kali hydriodicum conium, silicea,* ont été préconisés dans le traitement de la cataracte. Le Dr Prié a vanté *magnesia carbonica* et a rapporté quelques observations qui militent en faveur de ce médicament. Néanmoins l'opération est souvent la seule ressource que nous ayons dans cette affection; il faut se rappeler que, lorsque les deux yeux sont pris, la cataracte peut rester stationnaire fort longtemps pour l'un des yeux, et il ne faut pas attribuer à l'effet des médicaments ce qui est un résultat de la marche naturelle de la maladie.

AFFECTIONS DES PAUPIÈRES.

Blépharite glandulaire; affection des glandes de *Meibomius*. Le médicament principal est *euphrasia;* il repond à un degré avancé de la maladie et à l'ulcération du bord libre de la paupière. Viennent ensuite : *digitalis*, puis *hepar sulfuris, mercurius* et *pulsatilla*. *Senega* est indiqué par les *croûtes sèches* à la racine des cils; il est indiqué plus spécialement, ainsi que *calcarea carbonica*, par la chute des cils. *Sepia* convient aussi dans le cas de petites croûtes à la racine des cils. Il ne faut pas oublier que le tricophyton peut se développer dans la racine des cils; et que cette affection parasitaire est guérie par

l'arrachement des cils et une pommade ou des *lotions parasiticides*. (Voir le premier volume. — *Parasites végétaux*.)

Orgeolet. C'est le furoncle des paupières. *Pulsatilla, plumbum, natrum muriaticum, lycopodium, sepia* et *staphysagria* sont principalement indiqués; j'ai surtout réussi avec *silicea* 6e.

Kystes des paupières. *Iodium*, mais surtout *calcarea carbonica*, ont donné quelques succès.

Paralysie de la paupière supérieure. *Sepia, veratrum* et *zincum* sont indiqués par Jahr.

L'*inflammation chronique des voies lacrymales*, la *tumeur* et la *fistule lacrymales* qui en sont la suite réclament presque toujours, les deux dernières affections au moins, l'intervention chirurgicale. Néanmoins, j'ai heureusement modifié l'inflammation des *voies lacrymales* avec *apis mellifera*, et la *tumeur* lacrymale avec *calcarea carbonica*. On a encore indiqué *pulsatilla, silicea, sulfur* et *hepar sulfuris*.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'ENCÉPHALE . . . 3

Méningite 3
Méningite essentielle 4
Méningite cérébro-spinale 10
Encéphalite 14
Congestion et anémie cérébrales 19
Hémorrhagie cérébrale 21
Hémorrhagie méningée 27
Hydrocéphalie 31
Méningite tuberculeuse 35
Tumeurs du cerveau 42
Migraine 44
Vertige 47

AFFECTIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DE SES MEMBRANES 49

Hémorrhagie méningée rachidienne 49
Méningite rachidienne 50
Congestion de la moelle épinière 51
Hémorrhagie de la moelle épinière 51
Myélite 52
Spina bifida 54
Tumeurs de la moelle épinière 55

AFFECTIONS DES NERFS 56

Névrite 56
Névromes 57
Névalgies 57
Névralgie trifaciale 59
Névralgie cervico-occipitale 63
Névralgie cervico-brachiale 64
Névralgie intercostale 65
Névralgie lombo-abdominale 66
Névralgie sciatique 67
Névalgie crurale 68

Pages.

MALADIES ET AFFECTIONS DES ORGANES DE LA DIGESTION 70

MALADIES DE LA BOUCHE.

Stomatite 70
Glossite. 75
Muguet. 77
Gangrène de la bouche. 81
Hémorrhagie buccale. 85
Sialorrhée. 86

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA GORGE.

Angine. 87
Angine glanduleuse. 92
Hypertrophie des amygdales. 94
Affections syphilitiques de la bouche et de la gorge. . 96
Abcès rétro-pharyngiens. 97

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'ŒSOPHAGE.

Œsophagite. 99
Œsophagisme. 101
Dysphagie paralytique. 103
Rétrécissement de l'œsophage. 104
Hémorrhagie de l'œsophage. 107
Rupture de l'œsophage. 107
Perforation de l'œsophage 108
Cancer de l'œsophage. 110

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'ESTOMAC.

Indigestion 111
Gastrite 114
Gastrorrhagie 119
Dyspepsie. 120
Gastralgie. 127
Vomissements nerveux. 132
Polydipsie 136
Ulcère simple. 137
Cancer 143

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'INTESTIN.

Diarrhée 148
Choléra nostras. 156
Constipation. 158
Entéralgie ou colique. 161
Retrécissement de l'intestin 162

Pages.
Invagination et étranglement interne 163
Invagination. 164
Étranglement interne. 168
Ulcérations et perforations intestinales. 173
Cancer de l'intestin. 174
Entérorrhagie. 175
Péritonite 177
Ascite. 184
Carreau 188

MALADIES ET AFFECTIONS DU FOIE.

Congestion du foie 190
Abcès du foie 191
Cirrhose 194
Cancer du foie 197
Kystes hydatiques du foie. 198
Calculs biliaires. 202
Ictère 207

MALADIES ET AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

MALADIES ET AFFECTIONS DES FOSSES NASALES.

Coryza 213
Epistaxis 217
Ozène 221
Polypes des fosses nasales. 224

MALADIES ET AFFECTIONS DU LARYNX.

Laryngite 225
Laryngite striduleuse 228
Œdème de la glotte 231
Scrofule du larynx (phthisie laryngée) 233
Cancer du larynx 236
Syphilis du larynx. , ... 237
Spasme de la glotte. 238
Aphonie 240

MALADIES ET AFFECTIONS DE POITRINE.

Catarrhe pulmonaire 243
Pneumonie 250
Pleurésie 364
Hydrothorax 279
Hydro-pneumo-thorax. 280
Hémoptysie. 281
Apoplexie pulmonaire.. 284

Pages.
Phthisie pulmonaire 285
Coqueluche. 306
Asthme 311

MALADIES ET AFFECTIONS DES APPAREILS DE LA CIRCULATION.

MALADIES ET AFFECTIONS DU CŒUR.

Endocardite. 328
Affections organiques (affections des valvules). 334
Hypertrophie, dilatation, dégénerescences, cancer, tubercules, parasites, anévrymes et ruptures du cœur 349
Anomalies et affections congénitales 351
Angine de poitrine. 351
Palpitations nerveuses. 354
Syncope 355
Péricardite. 357
Hydropéricarde 362

MALADIES ET AFFECTIONS DES VAISSEAUX.

Aortite. 363
Retrécissements et oblitérations de l'aorte. 366
Anévryme de l'aorte 367
Artérite. 373
Phlébite. 375
Angioleucite 378
Varices 379
Affections de la rate (hyperémie, hypertrophie, leucocythémie, adénie. 382

MALADIES ET AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES.

MALADIES ET AFFECTIONS DES REINS.

Congestion rénale 389
Hémorrhagie rénale 390
Néphrite 390
Pyélite. 393
Phlegmon périrénal 394
Lithiase. 397
Pierre. 400
Dégénérescence amyloïde 402
Hydropisie du rein. 403
Reins mobiles. 404

Pages.

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA VESSIE.

Cystite 405
Hémorrhagie vésicale 408
Ténesme vésical 409
Paralysie de la vessie 409
Incontinences nocturnes. 411
Tubercules et cancer de la vessie 413

MALADIES ET AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME.

Uréthrite 414
Blennorrhagie 414
Prostatite. 422
Hydrocèle; scrofules, cancers et syphilis du testicule. 424
Priapisme. 426
Impuissance 426

MALADIES ET AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

AFFECTIONS DE MATRICE. 429

Des moyens d'exploration de l'utérus 430
Métrite parenchymateuse 433
Catarrhe utérin. 442
Congestion utérine. 443
Corps fibreux. 444
Polype de l'utérus 446
Cancer de l'utérus 447
Métrorrhagie 448
Pelvi-péritonite (phlegmon péri-utérin). 453
Hématocèle péri-utérine. 458
Aménorrhée 460
Dysménorrhée.. 462
Hystéralgie 464
Déplacements utérins 465
Vices de conformation 49

MALADIES ET AFFECTIONS DU VAGIN.

Catarrhe vaginal 470
Prolapsus du vagin. 473

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA VULVE.

Abcès des grandes lèvres. 474
Prurit vulvaire 476

Pages.

MALADIES ET AFFECTIONS DES OVAIRES.

Ovarite 477
Tumeurs et kystes 478

MALADIES ET AFFECTIONS DES MAMELLES.

Fluxion du sein 482
Gerçure du mamelon 483
Abcès du sein 484
Tumeurs du sein 486

MALADIES ET AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE.

Phlegmon 489
Furoncle 491
Anthrax 491
Loupes 493
Anasarque 494
Œdème des nouveau-nés 495

MALADIES ET AFFECTIONS DU TISSU MUSCULAIRE.

Myalgie 497
Atrophie musculaire progressive 501

MALADIES ET AFFECTIONS DES ARTICULATIONS.

Hydarthrose 507
Tumeur blanche 509

MALADIES ET AFFECTIONS DES OS.

Nécrose 512
Carie 515
Mal de Pott 516

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA PEAU.

Erythème 521
Urticaire 522
Herpès 522
Zona 523
Eczéma 524
Impétigo 527
Pemphigus 528
Ectyma et rupia 520
Acné 530
Lichen 531

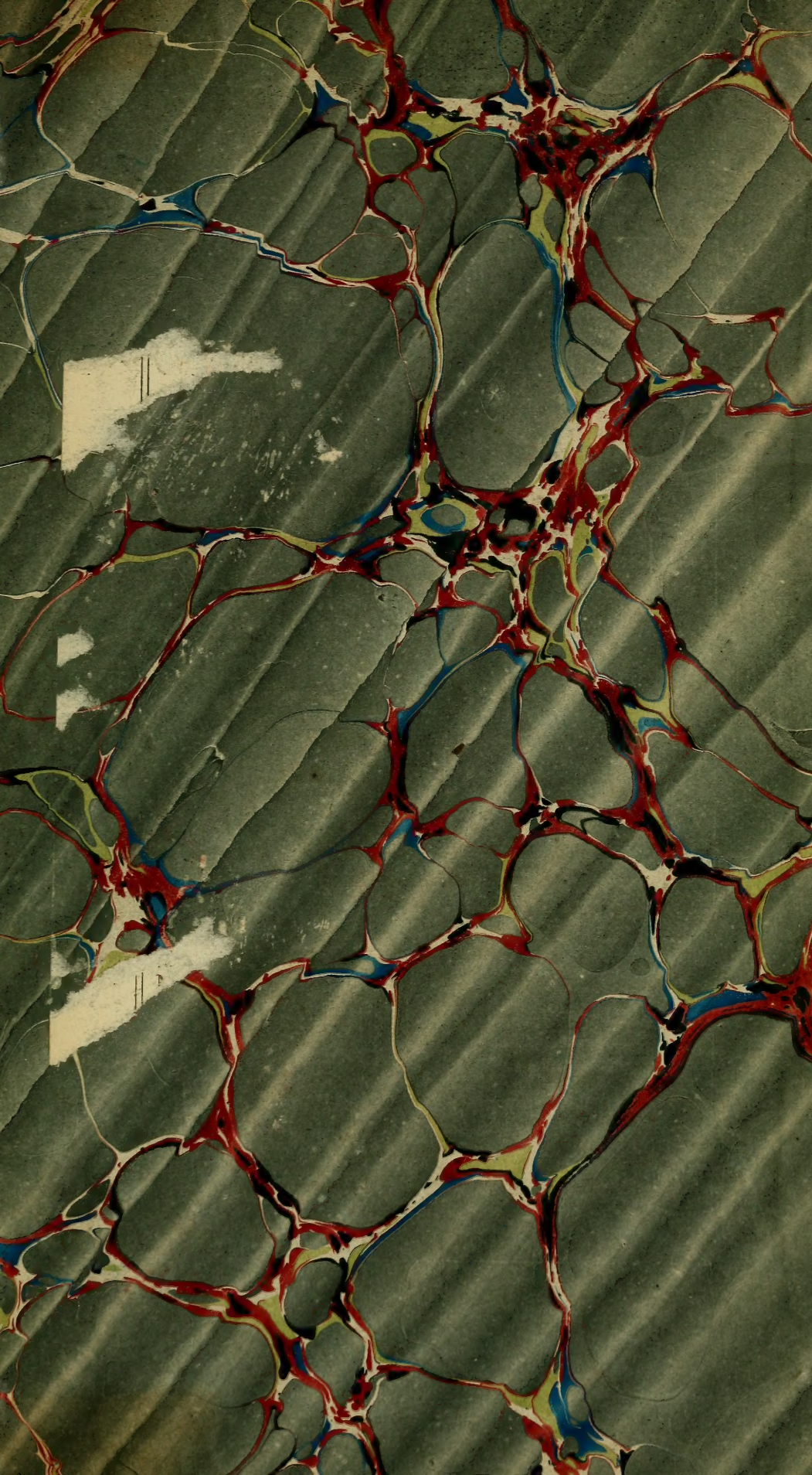
Pages.
Prurigo 532
Pityriasis 533
Psoriasis 534
Lupus vorax 535
Ichthyose 537
Sclérème 537

MALADIES ET AFFECTIONS DES OREILLES.

Otite externe 540
Otite moyenne 541
Otalgie 541
Scrofule de l'oreille 542
Surdité 543

MALADIES ET AFFECTIONS DES YEUX.

Ophthalmie catarrhale 545
Ophthalmie purulente 546
Ophthalmie scrofuleuse 547
Ophthalmie goutteuse 548
Ophthalmie syphilitique 548
Granulations des paupières 548
Hypopion 549
Ptérygion 549
Ulcère de la cornée 549
Myopie, presbytie, asthénopie 549
Hémiopie 549
Diplopie, héméralopie, amblyopie, amaurose 550
Glaucome 550
Cataracte 551
Blépharite glanduleuse 551
Orgeolet, kystes des paupières, paralysie 552
Affections des voies lacrymales 552

FIN DE LA TABLE DU SECOND VOLUME.

Paris. — Typ. A. Parent, rue Monsieur-le-Prince, 31.